



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Sortie de maternité après accouchement :
conditions et organisation du retour à domicile des mères
et de leurs nouveau-nés**

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Mars 2014

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences des patients.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

[Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »](#)

Grade des recommandations	
A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance, et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Abréviations et acronymes	5
Introduction	6
PARTIE MATERNELLE.....	8
1. État des lieux des durées de séjour à l'étranger et prise en charge des femmes à la sortie de maternité	8
1.1. Amérique du Nord.....	8
1.2. Europe	10
2. Peut-on définir une durée de séjour optimale en maternité ?.....	14
2.1. Retour précoce à domicile et complications maternelles.....	14
2.2. Avantages et bénéfices attendus d'un retour à domicile anticipé pour la mère	16
2.3. Retour à domicile dans des conditions optimales : définitions retenues	17
3. Quelles sont les conditions optimales requises pour décider d'une sortie de maternité ?.....	18
3.1. Information des femmes et des couples	18
3.2. Définition d'une population mère-enfant à bas risque pour une sortie de la maternité en sécurité	23
3.3. S'assurer que l'existence d'un soutien adéquat existe à la sortie de la maternité	31
3.4. S'assurer de l'existence d'un suivi médical disponible et opérationnel après la sortie de maternité.....	34
4. Modes d'accompagnement et organisation du suivi en post-partum	43
4.1. Rappels des prestations prises en charge au titre de l'Assurance Maternité et Maladie.....	44
4.2. Moyens en termes d'accès aux soins pour l'accompagnement du post-partum en France : ressources existantes	44
4.3. Recommandations sur l'organisation du suivi en postpartum	46
4.4. Cahier des charges pour le suivi de la mère et de l'enfant.....	47
4.5. Exemples de prise en charge post-partum de la mère et de l'enfant en France.....	48
5. Freins et leviers organisationnels potentiels au suivi post-partum des femmes après la sortie de la maternité.....	53
5.1. Réseaux de santé en périnatalité : coordination des soins et continuité du suivi	53
5.2. Démographie médicale.....	54
5.3. Activité des sages-femmes et rémunération des visites à domicile.....	61
PARTIE PÉDIATRIQUE	62
1 Définition : peut-on définir les conditions optimales pour une sortie de maternité pour le nouveau-né ?	62
1.1 Définition d'une sortie de maternité dans des conditions optimales	62
1.2 Éléments physiologiques.....	63
1.3 Éléments cliniques.....	64
1.4 Évaluation de la qualité de la sortie sur le taux de réhospitalisation	67

2	Quelles sont les conditions optimales pour décider de la sortie de maternité d'un nouveau-né ?	74
2.1	Surveillance clinique du nouveau-né après la naissance	75
2.2	Dépistages des malformations néonatales	78
2.3	Dépistage des pathologies néonatales	81
2.4	Accompagnement dans l'alimentation	96
2.5	Dépistages	100
2.6	Administration de vitamine K et D	103
2.7	Récapitulatif des critères définissant le bas risque pédiatrique	103
2.8	Récapitulatif des paramètres de surveillance des nouveau-nés à domicile	104
2.9	Recommandations sur le parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après la sortie de maternité	105
	Annexe 1. Exemple d'organisation des sorties de maternité au CHU Jeanne de Flandre, Lille	107
	Annexe 2. Exemple d'organisation des sorties précoces de maternité au CHU Jeanne de Flandre, Lille	109
	Annexe 3. Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie de la maternité	121
	Annexe 4. Information avant le diagnostic de surdité	126
	Annexe 5. Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées	128
	Annexe 6. Stratégie de recherche documentaire	131
	Références	140
	Participants	147
	Fiche descriptive	151

Abréviations et acronymes

AG.....	Âge gestationnel
AM.....	Assurance Maladie
BS	Bilirubine sanguine
BTC.....	Bilirubine transcutanée
HTA.....	Hypertension artérielle
MCAD	Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
PMI	Protection maternelle et infantile
PN.....	Poids de naissance
PRADO...	Programme d'accompagnement du retour à domicile
SA	Semaine d'aménorrhée

Introduction

Thème et contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

L'ANAES a publié, en mai 2004, des recommandations pour la pratique clinique sur « La sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour précoce à domicile ».

L'actualisation de ces recommandations relève d'une auto-saisine de la HAS, et elle a été étendue à la sortie de maternité sur décision de la Commission de Recommandations de Bonne Pratique.

L'actualisation porte d'une part sur les modalités de prise en charge existantes :

- 1) Les recommandations publiées par la HAS sur « Les situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile en ante et post-partum pathologique » (juin 2011) n'ont pas abordé le champ du post-partum physiologique : la place de l'HAD reste donc à redéfinir, au regard des autres modalités possibles, en prenant en compte les différents aspects médicaux, organisationnels et d'efficience.
- 2) Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis en place par l'Assurance maladie s'étend au niveau national en 2013.

L'actualisation porte d'autre part sur la surveillance médicale à mettre en place :

- 3) Une résurgence de l'ictère nucléaire a été signalée par un communiqué de l'Académie de Médecine en novembre 2010 (1)
- 4) Le dépistage néonatal est étendu au dépistage d'une maladie métabolique supplémentaire, le déficit en MCAD (Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) (HAS, juillet 2011), et l'arrêté du 23 avril 2012 prévoit l'organisation du dépistage néonatal de la surdité permanente néonatale.

Par ailleurs, le paysage obstétrical français s'est profondément modifié : les fermetures et fusions des petites maternités et la mise en réseau des autres établissements ont eu pour conséquence une diminution du nombre de lits en maternité alors que le nombre de naissances a augmenté. Les séjours en maternité se sont donc progressivement raccourcis. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a également favorisé cette diminution dans un souci d'équilibre budgétaire des hôpitaux. Le temps d'observation des enfants nés en maternité s'est donc réduit d'autant, alors que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours (2).

Enfin, différentes enquêtes récentes ont montré que les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse et au moment de la naissance, mais qu'il existe un manque d'accompagnement, jugé insuffisant, lors de leur sortie et de leur retour à domicile.

Objectifs de la recommandation

- Définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans le contexte du bas risque.
- Prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du post-partum.
- Diminuer le risque de situations évitables graves.

Limites

Sont exclues du champ de ces recommandations : l'organisation des sorties et la prise en charge post-partum des femmes et des enfants présentant des pathologies ou des facteurs de risque psychiques et/ou sociaux.

Population concernée

Les recommandations concernent les conditions « optimales » pour décider d'une sortie de la maternité des couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.

Professionnels concernés

Pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmières puéricultrices diplômées d'état (de PMI notamment), auxiliaires de puériculture, consultants en lactation, assistantes sociales et techniciennes de l'intervention sociale et familiale.

PARTIE MATERNELLE

1. État des lieux des durées de séjour à l'étranger et prise en charge des femmes à la sortie de maternité

1.1. Amérique du Nord

1.1.1. États-Unis

Aux États-Unis, une diminution des durées de séjour est observée depuis les années soixante-dix, principalement pour des raisons financières liées aux coûts des hospitalisations. Alors qu'en 1970 les durées d'hospitalisation étaient de 3,9 jours en cas d'accouchement par voie basse et 7,8 jours en cas de césarienne, une étude nationale des données hospitalières de 2006, réalisée par le NCHS, rapporte qu'elles sont comprises entre 2,2 et 3,6 jours (fonction du mode d'accouchement) (3).

La part importante de séjours de moins de 24 heures au début des années quatre-vingt-dix, sans organisation subséquente de la prise en charge des couples mère-enfant, avait entraîné des conflits entre assureurs, patients et médecins qui craignaient de voir les mères et les enfants mis en danger. En 1995, Braveman (4) avait montré que l'on connaissait peu les conséquences médicales des sorties précoces pour la mère et le nouveau-né, qu'un accompagnement ou non soit proposé à la femme à la sortie de la maternité (visites à domicile, généralement deux dans les articles qui étaient sélectionnés, ou consultations prévues à la maternité). Plusieurs études sélectionnées rapportaient une augmentation du nombre de réhospitalisations des nouveau-nés, principalement pour des pathologies graves (ictère nucléaire, déshydratation), mais celles-ci comportaient de nombreux biais méthodologiques (biais de sélection, comparabilité des groupes questionnable). De plus, la définition des sorties précoces variait de moins de 48 heures à moins de 72 ou 86 heures en fonction des études, et la plupart d'entre elles manquaient de puissance pour mettre en évidence un réel impact de la durée du séjour et du mode d'accompagnement à la sortie sur le nombre de réhospitalisations (mère ou enfant), de complications maternelles (dont la dépression du post-partum) ou encore la satisfaction des femmes.

La prise de conscience de ces abus et dérives en matière de sorties précoces a alors amené l'État du Maryland à adopter, en 1995, une loi nommée « *Mothers and Infants Health Security Act* », imposant aux compagnies d'assurances de prendre en charge **au minimum 48 heures de séjour après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne**. Une loi fédérale, « *The newborn's and mothers' health protection* », a par la suite été promulguée en 1996. Cette loi prévoyait des mesures pour éviter toute pression des compagnies d'assurance à la fois sur la mère et sur les médecins. La sortie de la maternité ne doit être faite qu'après un accord de la mère et du (des)médecin(s). Un programme de suivi à domicile par une infirmière dans les jours suivant la sortie est normalement organisé ainsi que des liaisons téléphoniques avec des professionnels de santé possibles.

La mise en place de cette loi a bien été suivie d'une augmentation de la durée de séjour en post-partum, mais les courtes durées de séjours restent fréquentes : en 2000-2002, 66 % des femmes restaient hospitalisées 48 heures ou moins après la naissance. L'ensemble des mesures prévues ne paraît pas être respecté puisqu'à la même période, une étude de cohorte incluant 1 583 femmes ayant accouché d'un enfant unique, sélectionnées de manière à être représentatives de la population nationale, rapporte que seulement 19 % des femmes recevaient la visite d'un professionnel de santé à domicile (5). Une autre étude en population, réalisée en 2000 à partir de données issues de certificats de naissance et collectées en routine dans 31 états, rapporte que selon les états, de 83,5 % à 93,4 % des

nouveau-nés singletons ≥ 37 SA et $\geq 2\ 500$ g restaient hospitalisés 48 heures ou moins en maternité et que de 50 % à 88,5 % d'entre eux bénéficiaient d'un examen clinique dans la semaine suivant la sortie (6).

Enfin, parmi vingt patientes de bas niveau socio-économique d'un même hôpital, interrogées par Lichtenstein en 2004, certaines rapportent également avoir ressenti des pressions pour sortir précocement de la maternité et avoir été influencées par les paroles des soignants. (7). Les recommandations nord-américaines les plus récentes de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP), de 2010, (8), ne fixent pas de durée de séjour « optimale » pour le nouveau-né après un accouchement, mais précisent que celle-ci doit être suffisamment longue pour permettre le dépistage de complications précoces ainsi que l'identification de facteurs de risque maternels et néonataux. Dans les cas où la sortie a lieu dans les 48 heures suivant la naissance, l'AAP recommande également qu'un examen de l'enfant soit réalisé par un professionnel qualifié dans les 48 heures suivant le retour à domicile (au plus tard 72 heures après), au domicile des parents ou dans un lieu extérieur. Si cet examen ne peut pas être réalisé, l'AAP recommande de différer la sortie de l'enfant.

1.1.2. Canada

Comme dans les autres pays, on assiste au Canada à une diminution de la durée de séjour en maternité après un accouchement, principalement du fait de contraintes budgétaires, mais également de part une volonté des mères de réintégrer rapidement l'environnement familial.

Le rapport de 2008 sur la santé périnatale au Canada (9) rapporte que la durée moyenne de séjour de la mère à l'hôpital après un accouchement est passée de 2,6 à 2,2 jours entre 1995-96 et 2004-05, pour un accouchement par voie basse, et de 5,0 à 3,9 jours pour un accouchement par césarienne (données hospitalières, pouvant donc inclure un ou plusieurs jours d'hospitalisation avant la naissance). La part de séjours courts variait également entre les provinces et les territoires. Les pourcentages les plus élevés étaient retrouvés en Alberta, avec 44,7 % (IC à 95 % : 44,1–45,3) de séjours courts après un accouchement voie basse et 64,1 % (IC à 95 % : 63,1–65,0) après une césarienne.

Les Canadiens définissent un retour précoce à domicile, nommé « congé précoce », comme une **sortie après 48 heures pour un accouchement par voie basse et 96 heures pour une césarienne**. Suite aux recommandations de la Société Canadienne de Pédiatrie et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada en 1996 (10), des programmes de prise en charge des femmes ont été mis en place, afin que la diminution de la durée de séjour hospitalier n'entraîne pas une dégradation de l'état de santé et du bien-être des mères et des nouveau-nés. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a de plus publié, en 2007, un énoncé de principe visant à garantir que les femmes sortant précocement et leur nouveau-né bénéficient de mesures appropriées pour que la continuité des soins soit assurée après leur sortie (11). Plusieurs options de prises en charge sont évoquées : visites à domicile, centres de santé spécialisés dans l'allaitement, visites médicales précoces.

Dans la province de Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux stipulait, dans sa politique de périnatalité de 2008-2010, qu'un suivi post-natal à domicile devrait avoir lieu systématiquement en cas de « congé précoce ». Le but de la visite devait être d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, d'établir un lien de confiance avec les nouveaux parents et de planifier des services adaptés à leurs besoins. En pratique, la mère devait être contactée par téléphone dans les 24 heures suivant la sortie, et une visite à domicile par une infirmière des services de périnatalité devait avoir lieu dans les 72 heures suivant le retour à domicile. Cependant, dans une étude de cohorte de 2007, incluant 2 583 femmes et leur nouveau-né à terme de plus de 2 300 g qui avaient bénéficié d'un séjour de moins de 60 heures en maternité après un accouchement par voie basse, Goulet (12) rapportait que seulement 44,3 % des femmes bénéficiaient de la visite d'une infirmière à domicile dans les 72 heures

suivant la sortie, et que seulement 26 % d'entre elles ne bénéficiaient que d'un appel téléphonique. Dans cette même étude, les auteurs rapportaient que le risque de réhospitalisation du nouveau-né était diminué en cas de visites à domicile (ORa = 0,45 [0,21–0,97], et que la probabilité pour les mères de présenter des troubles dépressifs 1 mois après la naissance était diminuée (ORa = 0,60 [0,45–0,79]). Au Québec, chaque femme reçoit également durant la grossesse un livre publié par le gouvernement (intitulé « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans » (disponible en anglais et en français) : il regroupe des informations détaillées sur les soins et le comportement de l'enfant durant les deux premières années de vie. Avant la sortie, il est également demandé aux parents de fournir le nom du médecin qui sera chargé du suivi de l'enfant.

Dans une autre province canadienne, en Ontario, la diminution des durées de séjour en maternité a amené le gouvernement à mettre en place un programme national visant à ce que l'ensemble des femmes puissent, si elles le souhaitent, avoir la possibilité de rester hospitalisées au moins 60 heures après un accouchement par voie basse sans complications. Watt rapporte en 2004, dans une étude de cohorte en population incluant 890 femmes, que parmi celles qui s'étaient vues proposer cette option, peu d'entre elles avait opté pour un séjour prolongé (de 21 à 39 %) (13). Celles-ci étaient principalement des primipares ou des mères qui rencontraient des difficultés d'allaitement. La mise en place de ce programme n'a pas été suivie d'une augmentation significative de la durée de séjour en maternité, mais le nombre de séjours de moins de 24 heures a diminué, et près de 89 % des femmes se disent satisfaites de leur durée de séjour, contre 74 % auparavant.

1.2. Europe

Une diminution de la durée de séjour en post-partum après un accouchement est observée dans l'ensemble des pays d'Europe depuis les années 1980-90. Celle-ci reste variable selon les pays, tout comme les modes de prise en charge post-partum, qui varient de manière considérables (d'une absence de prise en charge particulière des femmes et des nouveau-nés à la sortie de la maternité à des visites à domiciles effectuées systématiquement dès le retour à domicile). Il est alors difficile de transposer les résultats d'études d'un pays à un autre.

1.2.1. Pays-Bas

Il existe trois niveaux de prise en charge. Les femmes sans antécédent médical particulier sont suivies par une sage-femme dans le premier niveau, et ont la possibilité d'accoucher à domicile si elles le désirent. Lorsqu'une femme présente une pathologie pendant sa grossesse ou en fonction de ses antécédents médicaux, elle est adressée au deuxième niveau de soins, et le suivi de la grossesse est réalisé par un obstétricien. Le troisième niveau correspond à une prise en charge hospitalière, dans un hôpital comprenant un service de néonatalogie.

Le rapport portant sur les naissances à domicile en 2001-2002 aux Pays-Bas (14), élaboré à partir de données représentatives au niveau national, rapporte que 30 % des femmes accoucheraient à domicile avec une sage-femme, assistée d'une *kraamverzorgster* (dont la traduction littérale serait « aide de couches »). Celle-ci a suivi deux premières années de formation portant sur les soins infirmiers généraux, et a bénéficié d'une troisième année de formation en soins post-nataux.

Étant donné la fréquence élevée des accouchements à domicile, il n'existe pas aux Pays-Bas de débats sur les avantages et inconvénients des sorties précoces de la maternité. Des discussions existent sur la durée de séjour optimale en maternité, mais il n'existe pas d'études permettant actuellement de la définir.

En l'absence de complications, la prise en charge post-natale « standard » inclut cinq ou six visites à domicile d'une sage-femme dans les 10 à 12 jours, suivant la naissance et la présence d'une *kraamverzorgster* environ 6 heures par jour durant les 8 premiers jours suivant la naissance. Celle-ci a pour mission d'apporter une aide et des conseils à la mère en ce qui concerne les soins au nouveau-né, l'allaitement et les tâches ménagères du

quotidien. Une dernière visite post-natale est également prévue 6 semaines après l'accouchement avec une sage-femme.

Une étude de Wieggers de 2004 (15), menée auprès des 559 patientes à bas risque suivies par une sage-femme, rapportait que 76 % des femmes ayant accouché à l'hôpital sortaient de la maternité le lendemain de l'accouchement (dont 36 % le jour même de la naissance). Elles bénéficiaient en moyenne de 3,8 visites à domicile par une sage-femme (4,1 visites en cas d'accouchement à domicile ou de retour à domicile le jour même de la naissance). La durée moyenne d'accompagnement par la *kraamverzorgster* était de 7,4 jours, et celle-ci était présente environ 6,7 heure par jour au domicile. Au final, 81 % des femmes étaient satisfaites de leur prise en charge post-partum. La population sélectionnée n'était en revanche pas représentative de l'ensemble des femmes néerlandaises (absence de pathologie, haut niveau d'étude, 48 % de primipares), et le taux de participation à l'étude moyen (64 %).

1.2.2. Suède

En Suède, la durée moyenne de séjour est actuellement de 1 à 2 jours (en fonction de la parité). Plusieurs systèmes de prise en charge en post-partum existent et sont complémentaires :

- un service d'hospitalisation « classique », en maternité, plutôt réservé aux couples mère-enfants présentant des pathologies ;
- un système d'hospitalisation dans une structure type « hôtel » proche de l'hôpital (nord de la Suède) ;
- un programme de retour précoce à domicile (sortie dans les 72 heures suivant la naissance), mis en place depuis 1998

Dans la structure type « hôtel » (*the family suite hotel*), structure proche de l'hôpital gérée par des sages-femmes, les mères peuvent décider de rester hospitalisées jusqu'à 3 jours en post-partum. Les sages-femmes sont présentes dans l'établissement la journée, et peuvent être contactées par les parents si ceux-ci en ressentent le besoin.

Les sorties précoces de la maternité sont réservées à des couples mère-enfant, ne présentant pas de pathologies ou de facteurs de risque particuliers. Dans la région de Stockholm, elle concerne deux tiers des nouveau-nés, et elle peut avoir lieu dès 6 heures après l'accouchement. Une succion efficace au sein, une fréquence respiratoire normale et une température corporelle correcte doivent être documentées avant la sortie.

Les mères ayant choisi un retour précoce bénéficient de la visite à domicile d'une sage-femme le jour suivant leur sortie, et d'un appel téléphonique quotidien jusqu'au 3^e ou 5^e jour du post-partum, date à laquelle une dernière consultation à la maternité permet une évaluation de l'état de santé de la mère et de l'enfant ainsi que la réalisation des dépistages néonataux. Le suivi ultérieur est effectué par un système proche de la PMI pour les enfants en bonne santé. Si besoin, le nouveau-né peut également être orienté vers une consultation d'allaitement ou une consultation pédiatrique. La maternité reste responsable de la mère et de l'enfant dans les 10 jours suivant la naissance, et prend en charge les réhospitalisations si nécessaire.

Une étude, menée en 2005 par Ellberg dans la ville d'Umeå (nord de la Suède), décrit l'impact des trois types de prise en charge sur la santé de la mère et de l'enfant (consultations en urgence et réhospitalisations) (16). Il semblerait qu'un retour précoce à domicile (de 6 à 72 heures après l'accouchement, durée moyenne d'hospitalisation 1,8 jours dans ce groupe) avec un accompagnement à la sortie, ou qu'une hospitalisation dans une structure de type « hôtel » n'engendrerait pas d'augmentation du nombre de réhospitalisation des nouveau-nés et seraient sûrs en cas d'absence de pathologie décelée à la naissance. Ces résultats doivent être interprétés avec précautions, car ils portent sur un petit échantillon de femmes (n = 773) dans une seule maternité, entraînant un manque de puissance certain.

1.2.3. Royaume-Uni

Le rapport publié par la *National Perinatal Epidemiology Unit* (NPEU) en 2010 (17) rapporte les résultats de la dernière enquête périnatale nationale britannique. Elle porte sur un échantillon de 10 000 femmes tirées au sort parmi l'ensemble des naissances survenues sur une période de 2 semaines. Les femmes ayant donné naissance à un enfant mort-né ou celles de moins de 16 ans étaient exclues.

Il est mentionné que la durée moyenne de séjour était de 2,4 jours pour les primipares et 1,6 jour pour les multipares. Le séjour était prolongé en cas de naissance par extraction instrumentale ou césarienne, et 70 % des femmes étaient satisfaites de la durée de leur séjour à la maternité, 12 % seulement le jugeant trop court. Soixante-cinq pour cent des femmes recevaient durant la grossesse un livre d'information sur le déroulement, la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Ce livre contient également des conseils sur l'alimentation, l'hygiène et la puériculture, ainsi que des informations sur la prise en charge de l'enfant dans les premiers mois suivant le retour à domicile. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des femmes recevaient trois à quatre visites à domicile d'une sage-femme après la naissance, et 95 % d'entre elles possédaient le numéro de téléphone d'une sage-femme qu'elles pouvaient contacter après la sortie. Certaines d'entre elles recevaient en plus des visites d'un autre professionnel formé en soins périnataux, assistant la sage-femme (*maternity support worker*). En moyenne, les primipares étaient suivies jusqu'au 19^e jour en post-partum (16^e jour pour les multipares).

Interrogées sur leurs préférences concernant leur accompagnement post-partum, 87 % des femmes exprimaient un souhait de visites à domicile mais souhaitaient également pouvoir bénéficier de modes de prise en charge complémentaires (suivi chez un praticien de ville, 29 %, service de soins similaires à la PMI française, 22 %, contacts téléphoniques, 24 %). Au total, 41 % des femmes interrogées avaient également déclaré avoir cherché des informations sur des sites internet spécialisés après la naissance de leur enfant ; il s'agissait principalement de primipares, de moyenne d'âge plus élevée et de plus haut niveau socio-économique.

1.2.4. France

Les données citées dans ce paragraphe sont issues des deux publications suivantes de Coulm et Blondel (18, 19), études réalisées à partir de l'Enquête Nationale Périnatale française (ENP) de 2010, décrite ci-après. Elles présentent un état des lieux des durées de séjour et de la prise en charge des femmes post-partum en 2010.

L'ENP 2010 fournit des données représentatives à l'échelle nationale, et a permis de décrire les durées de séjour en post-partum et la manière dont elles variaient selon les caractéristiques des mères, des enfants, de l'accouchement et de la région. Les autres études identifiées ne sont pas représentatives au niveau national et, hormis l'étude de Vendittelli (20), portant sur un échantillon d'environ 180 maternités volontaires en métropole, rapportent le plus souvent les résultats d'expériences isolées et ne permettent pas de décrire de manière exhaustive les modèles d'organisation mis en place en France.

L'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2010 porte sur la totalité des naissances (vivantes ou mort-nés d'au moins 500 g ou 22 semaines d'aménorrhée) survenues pendant une semaine dans toutes les maternités en France. Les données étaient issues d'un interrogatoire en maternité et du dossier médical. La durée d'hospitalisation en post-partum était connue.

D'après les données de l'ENP, les durées moyennes de séjour en maternité en 2010 après un accouchement étaient les suivantes (France métropolitaine, ensemble de la population) : 4, 0 jours (\pm 1,4 jours) après une naissance par voie basse et 5,6 jours (\pm 1,7 jours) après une césarienne (19).

D'autres analyses se sont intéressées à la durée moyenne de séjour et ses déterminants au sein d'une population de femmes et de nouveau-né que l'on peut qualifier comme étant « à

bas risque ». Les résultats sont détaillés ci-dessous, et sont issus des deux études citées précédemment.

Au total, 10 302 femmes ayant donné naissance à un enfant né vivant après un accouchement par voie basse ont été sélectionnées ainsi que 2 256 femmes ayant accouché par césarienne. Les grossesses multiples, les femmes transférées dans un autre service (y compris les centres périnataux de proximité), ainsi que les femmes dont le nouveau-né était décédé durant le séjour ou avait été hospitalisé en néonatalogie, en réanimation néonatale, ou en unité mère-enfant (ou unité kangourou) ont été exclues.

Les caractéristiques des mères, des nouveau-nés, de l'accouchement ainsi que les caractéristiques des maternités et la région de naissance associées aux durées de séjour en post-partum ont été recherchées. Le séjour était considéré comme court s'il était ≤ 3 jours en cas d'accouchement par voie basse et ≤ 4 jours en cas d'accouchement par césarienne. L'offre de suivi à domicile par une sage-femme a été décrite au niveau des 535 maternités.

► Accouchements par voie basse

En 2010, les durées médianes de séjour étaient de 4 jours après un accouchement par voie basse, et les retours précoces à domicile tels que définis par l'ANAES en 2004 étaient rares (3,2 % des femmes). Les séjours courts étaient plus fréquents chez les multipares, et celles qui avaient accouché en Île-de-France. Les séjours étaient prolongés en cas de nouveau-né de petit poids de naissance, en cas d'allaitement maternel chez les femmes qui avaient accouché par voie basse.

En cas d'accouchement par voie basse, quelle que soit la région, les séjours ≤ 3 jours étaient plus fréquents dans les grandes maternités et les CHU. En Île-de-France, ils variaient de 16,6 % dans les maternités privées réalisant une activité annuelle inférieure à 1 000 accouchements, à 72,9 % dans les CHU réalisant plus de 3 000 accouchements/an. Ces associations persistaient après ajustement sur les caractéristiques individuelles.

► Accouchements par césarienne

En cas d'accouchement par césarienne, des résultats similaires étaient retrouvés. La durée moyenne de séjour était de 5 jours et 16,7 % des femmes sortaient avant 4 jours de la maternité, plus fréquemment dans les grands établissements et en Île-de-France.

► Accompagnement médical après la sortie de la maternité

Peu de maternités organisaient les visites d'une sage-femme libérale à domicile après la sortie de leurs patientes, et les données de l'ENP 2010 ne permettent pas de savoir si, lorsqu'elle était proposée, la prise en charge était bien effective. L'offre avait peu évolué depuis 2003, la part des établissements concernés n'étant passée que de 7,2 % à 10,9 %, et elle était inégalement répartie sur le territoire puisque la part des maternités proposant un suivi à domicile variait du simple au double suivant les régions : par exemple, 15,2 % des maternités proposant en routine des visites à domicile d'une sage-femme après la sortie dans le Nord contre 45,6 % en Île-de-France. Les établissements, qui proposaient en routine un accompagnement à domicile, étaient principalement ceux au sein desquels la durée de séjour était la plus faible : 6,7 % des CHU contre 9,9 % des autres établissements publics et 8,3 % des maternités privées, maternités réalisant plus de 2 000 ou 3 000 accouchements par an (19,4 % des maternités de 2 000 acc/an et plus proposant en routine un suivi contre 8,0 % des maternités de moins de 2 000 acc/an).

Plus généralement, l'offre concernait peu de femmes en 2010 : 19,7 % des femmes accouchées par voie basse ayant un séjour ≤ 3 jours et 16,5 % de celles accouchées par césarienne ayant un séjour ≤ 4 jours avaient accouché dans une maternité qui proposait en routine des visites à domicile par une sage-femme à la sortie.

Les données de l'ENP 2010 ne permettaient pas de décrire précisément les différents types de prise en charge des femmes en post-partum (sage-femme libérale à domicile, sage-femme d'HAD, sage-femme de maternité, etc.). Des informations sont disponibles mais celles-ci sont limitées, et leur interprétation est difficile. Par exemple, en région parisienne, il

n'était pas possible de faire une distinction entre les sages-femmes d'HAD et les sages-femmes libérales (parfois sollicitées par le système d'HAD de l'APHP par exemple).

Au final, l'analyse des données de cette enquête permet de mettre en évidence des disparités importantes de prise en charge des femmes en post-partum, tant en matière de durée de séjour que d'offre de suivi médical à la sortie, et qui dépendent principalement des caractéristiques du lieu d'accouchement, en termes de volume d'activité et de localisation.

Dans l'idéal, les durées de séjour en maternité devraient également tenir compte des relais disponibles et des ressources d'aval pour prendre en charge la mère et le nouveau-né à la sortie.

Il est souligné que les professionnels de ville pourraient rencontrer des difficultés à réhospitaliser une mère dont le post-partum présente des complications avec son nouveau-né bien portant.

Alors que dans certains pays, comme en Suède, l'établissement reste responsable de la mère et de l'enfant durant les 10 jours suivant la naissance, prenant en charge si besoin les réhospitalisations, ces initiatives semblent dépendre en France de conventions propres à chaque établissement.

L'hébergement du nouveau-né en maternité avec sa mère n'est ainsi pas encadré sur le plan administratif et légal à l'échelle nationale.

Dans la situation inverse ou un nouveau-né devrait être hospitalisé, il reste possible d'héberger la mère avec lui si l'établissement disposent de lits mère-enfant. La mère est dans ce cas considérée comme « accompagnante ». Ces lits sont cependant peu nombreux.

2. Peut-on définir une durée de séjour optimale en maternité ?

Les études et recommandations, s'intéressant à la durée de séjour en maternité et à son impact sur la santé des femmes et des enfants, concernent essentiellement les durées de séjours courtes en maternité et les sorties dites « précoces ».

Les résultats de ces études sont rapportés dans les paragraphes ci-après.

2.1. Retour précoce à domicile et complications maternelles

Mise à jour des recommandations de 2004 : aucune étude identifiée ne vient modifier l'argumentaire de 2004, relatif à la sécurité d'un retour précoce à domicile après un accouchement sans complications.

Lorsque les femmes sont rigoureusement sélectionnées, c'est-à-dire lorsqu'elles sont à bas risque médical, psychique et social (dans la plupart des études, les femmes d'origine étrangères, de bas niveau socio-économique, isolées, mineures, présentant des antécédents médicaux ou ayant eu des complications durant la grossesse sont exclues), les séjours courts (considérés le plus souvent comme des hospitalisations de 48 heures ou moins en maternité après l'accouchement) n'entraîneraient pas d'augmentation du nombre de complications maternelles nécessitant une réhospitalisation.

Celles-ci restent par ailleurs rares (de 0,8 à 1,8 %) selon les études (21, 22). En 2008, une mise à jour de la méta-analyse de la Cochrane, évaluant l'impact des sorties précoces de maternité chez des patientes et leur nouveau-né à bas risque, a été effectuée (23). Dix essais contrôlés randomisés ont été sélectionnés, incluant au total 4 489 femmes : sept essais étudiant la fréquence des réhospitalisations du nouveau-né dans les huit semaines suivant la naissance, huit étudiant la fréquence des réhospitalisations maternelles dans les 6 semaines, huit l'impact des sorties précoces sur la durée de l'allaitement maternel et trois autres leur impact sur la probabilité de dépression post-partum, mais dans des délais différents pour chacune d'entre elles (28 jours, 4 et 6 semaines). Les essais sélectionnés incluaient uniquement des femmes ayant donné naissance à un enfant unique, eutrope, à terme et en bonne santé (plus de 2 500 g, âge gestationnel compris entre 37 et 42 SA).

L'analyse ne mettait pas en évidence d'association significative entre une sortie précoce de la maternité et la probabilité de réhospitalisation chez les mères et les nouveau-nés inclus. Il n'y avait pas non plus d'association significative avec la dépression du post-partum, mais aucun des trois essais n'utilisait d'outil d'évaluation valide. À 8 semaines et 6 mois post-partum, il n'y avait pas de différence significative de la fréquence de l'allaitement maternel entre les deux groupes (cas de sortie précoce et contrôle).

Les analyses étaient cependant peu puissantes pour mettre en évidence une augmentation du nombre de réhospitalisations en post-partum – qui restent des événements rares –, et les exclusions post-randomisation ainsi que la mauvaise compliance au protocole du groupe de randomisation étaient fréquentes. Ces résultats ne permettent donc pas d'exclure de manière certaine un risque plus élevé de complications maternelles en cas de sortie précoce de la maternité. De plus, ils sont difficilement généralisables, étant donné que les études proviennent de pays où la prise en charge des femmes en post-partum et après la sortie sont différentes, avec une définition variable de la sortie précoce (de moins de 24 heures à moins de 4 jours dans les essais sélectionnés).

Dans un essai contrôlé randomisé conduit par Paul aux États-Unis en 2012 (21) incluant 1 154 femmes et leur nouveau-né de plus de 34 SA, deux types de prise en charge post-partum après la sortie de maternité étaient comparés : durée de séjour de moins de 48 heures après un accouchement par voie basse ou moins de 96 heures après une césarienne, avec ou sans visites à domicile par une infirmière spécialisée dans les 48 heures suivant la sortie. La probabilité de réhospitalisation était similaire dans les deux groupes à 2 semaines et 2 mois post-partum (respectivement RR = 1,71 IC à 95 % [0,50–5,85] et RR = 1,79 [0,72–4,46], et aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes en termes de nombre de consultations aux urgences ou dans un service de médecine de ville. La validité externe des résultats reste cependant limitée devant le faible nombre de patientes inclus (pour étudier des événements peu fréquents) et un biais de sélection majeur (un seul centre universitaire, majorité de femmes blanches de niveau socio-économique élevé).

Un autre essai contrôlé randomisé, réalisé en Espagne en 2005 (24), comparait également deux types de prise en charge différentes après la sortie de maternité chez des femmes sans facteurs de risque identifiés : sortie dans les 24 heures suivant la naissance, avec visite d'une infirmière spécialisée en soins post-natals dans les 24 à 48 heures suivant la sortie (n = 213 femmes), *versus* sortie après une durée d'hospitalisation minimale de 48 heures avec une visite à la maternité prévue entre 7 et 10 jours (groupe témoin, n = 217 femmes). Les auteurs ne mettaient pas en évidence de différence significative entre les deux groupes en termes de réhospitalisation de la mère, de nombre de consultations en urgence, d'anxiété et de fatigue. Bien que les caractéristiques démographiques de l'échantillon de femmes soient représentatives de l'ensemble de la population, cette étude était également monocentrique.

Globalement, les faiblesses méthodologiques, les biais de sélection et le manque de puissance de la majorité des études identifiées limitent la validité des résultats et des conclusions à développer.

En conclusion, l'analyse de la littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour des mères à bas risque médical, psychique et social. Une fois ce bas risque correctement défini, la durée de séjour à la maternité ne serait pas discriminante pour la sécurité de la mère et pour son enfant, et serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité et du suivi médical ainsi que de l'accompagnement ultérieur.

2.2. Avantages et bénéfices attendus d'un retour à domicile anticipé pour la mère

Tout comme l'évaluation des risques associés au retour précoce à domicile, l'évaluation des bénéfices attendus reste difficile, du fait de l'existence de biais dans les études retrouvées (biais de sélection, puissance limitée du fait des petits échantillons de population étudiés, mauvais appariement des groupes contrôle, randomisation mal respectée, etc.). Ces difficultés avaient déjà été soulignées dans les précédentes recommandations de l'ANAES, relatives aux « Conditions pour proposer un retour précoce à domicile » (25).

Plusieurs études ne mettaient pas en évidence de différences entre les sorties précoces de la maternité et les sorties non précoces, en terme de fatigue et satisfaction maternelle. Les biais méthodologiques étaient importants (voir plus haut), et ne permettaient pas aux auteurs de conclure de manière certaine. C'est par exemple le cas d'une revue systématique incluant 5 essais randomisés, 10 études de cohortes, 1 étude cas-témoins et 12 études de cas, qui avait évalué les effets d'une sortie précoce (moins de 48 heures après une voie basse et moins de 96 heures après une césarienne), notamment en termes de satisfaction des mères et d'impact sur leur niveau d'anxiété (26).

La sortie précoce de la maternité pourrait cependant favoriser le rapprochement familial en prenant davantage en compte la dimension familiale de la naissance : la séparation avec les aînés est limitée, le père serait plus rapidement présent et le raccourcissement du séjour en maternité le solliciterait davantage (participation aux tâches ménagères et aux soins du nouveau-né) (25). Cela implique bien sûr qu'il décide de disposer de son congé paternité immédiatement après l'accouchement. Le cadre familial, rassurant, pourrait également favoriser une meilleure récupération et encouragerait l'autonomie de la mère qui, en se sentant moins « assistée » qu'en maternité, aurait plus fréquemment confiance en ses capacités durant le premier mois suivant le retour à domicile (23).

Il est probable que les femmes ne soient satisfaites des sorties précoces de maternité que dans les cas où elles ont choisi ce mode de sortie (et qu'il ne leur aurait pas été imposé).

L'ANAES rappelait, en 2003, que « le choix d'un jour de sortie que le patient estime approprié est l'un de ses critères de satisfaction » (27).

Dans une étude de cohorte prospective (28) conduite aux États-Unis, incluant 4 300 mères et leur enfant né à terme, les auteurs rapportaient que la durée de séjour perçue comme étant appropriée par les femmes et les personnels soignants différaient. Les auteurs soulignaient qu'il était important que la durée de séjour en maternité fasse l'objet d'une discussion entre la femme et les professionnels de santé concernés (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre). C'était sous cette condition que la satisfaction des femmes, en cas de retour précoce à domicile, leur était apparue élevée. La représentativité de la population de l'étude reste cependant discutable (les auteurs soulignent que les femmes de l'étude sont de plus haut niveau socio-économique, avec un taux d'allaitement maternel plus élevé), la participation à l'enquête se faisant sur la base du volontariat et les données utilisées étant déclaratives.

2.3. Retour à domicile dans des conditions optimales : définitions retenues

Deux groupes de couples mère-enfant ont été distingués, en fonction de leur durée d'hospitalisation en maternité après l'accouchement : ceux bénéficiant d'une durée de séjour en maternité considérée comme « standard » et ceux bénéficiant d'une sortie précoce de la maternité.

Pour la naissance d'un nouveau-né singleton, eutrope et en l'absence de complications pour la mère, **la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de :**

- **96 heures après un accouchement par voie basse ;**
- **120 heures après un accouchement par césarienne.**

La sortie de maternité peut être anticipée si la femme le souhaite, et sous réserve d'un accord de l'équipe médicale, **au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.** Cette définition vient abroger la définition des sorties précoces formulée dans les recommandations de l'ANAES en 2004.

Ces recommandations ne s'adressent **qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.** Les couples mère-enfant, présentant des pathologies ou des facteurs de risque, doivent bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement médical et/ou social spécifique et complémentaire qui ne seront pas détaillés dans ces recommandations.

La notion de sortie de maternité dans des conditions « optimales » repose sur plusieurs concepts :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables, et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

3. Quelles sont les conditions optimales requises pour décider d'une sortie de maternité ?

Les conditions suivantes doivent être réunies afin d'autoriser une sortie de la maternité **conjointe** des femmes avec leur nouveau-né, en toute sécurité, et dans les meilleures conditions :

- informations reçues sur le séjour en maternité, sur le déroulement du post-partum et les modalités de prise en charge à la sortie pour la mère et le nouveau-né ;
- la mère et/ou le couple ont donné son accord en cas de sortie précoce de la maternité ;
- critères d'éligibilité satisfaits (femmes et nouveau-nés à bas risque de complication post-partum : bas risque médical, psychique et social) ;
- suivi médical de la mère et de l'enfant organisé avant la sortie, avec un premier rendez-vous médical obligatoirement pris avec le professionnel de santé référent du suivi, en cas de sortie précoce de la maternité.

3.1. Information des femmes et des couples

Trois études françaises viennent souligner la nécessité de mieux informer les femmes sur le post-partum et la prise en charge après la sortie de la maternité. Il semblerait en effet que le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum soit relativement important.

- L'enquête, menée par la DREES en 2008 (29) auprès de 2 656 femmes, rapportait qu'une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité classique (notamment quant à l'accompagnement de l'allaitement maternel ou les informations sur l'allaitement artificiel). Elles étaient entre 15 et 35 % à être plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches. De manière générale, ces reproches n'étaient pas directement imputés à la durée du séjour, puisque au moment de l'enquête, près des trois quarts d'entre elles jugeaient la durée d'hospitalisation à la maternité adéquate.
- L'enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales, en 2009, menée auprès de 952 femmes (57 % de primipares) ayant accouché dans 77 départements entre 2004 et 2009, rapportait (30) que près de 27 % des femmes auraient aimé être mieux soutenues et informées, notamment sur l'aide qu'il est possible de trouver auprès des professionnels ou structures. Plusieurs mères évoquaient un sentiment d'isolement face à la fatigue et au *baby blues*, qui n'est parfois pas reconnu, et leur désarroi face aux réactions du bébé qu'elles ne comprenaient pas, notamment les primipares.
- L'enquête, réalisée par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) en 2012, auprès de 5 326 femmes ayant complété un questionnaire en ligne (67 % de primipares), rapportait des conclusions similaires malgré une moindre représentativité des participantes. Près de 13 % des femmes (quelle que soit la durée du séjour à la maternité et le mode d'accouchement) se sentaient angoissées ou désemparées lors du retour à domicile, et 23 % un peu incertaines (majoritairement des primipares). Parmi elles, de 10 à 23 % jugeaient également que l'accompagnement durant le séjour à la maternité avait été insuffisant (manque d'attention portée à la forme physique et psychologique, accompagnement des soins au nouveau-né, aide à l'allaitement) (31).

Les recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), publiées en 2006 « *Postnatal care* » (32), de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), publiées en 2004 sur la « Sortie précoce après

accouchement » (25), et de la HAS en 2005 sur la « Préparation à la naissance et à la parentalité » (33) développées ci-après, soulignent l'importance d'une bonne information des mères avant la sortie de la maternité.

3.1.1. Contenu de l'information

Le NICE (32) souligne que les mères devraient être informées des modifications physiologiques du post-partum, des signes et symptômes révélateurs de pathologies qu'elles sont susceptibles de rencontrer afin de consulter au plus vite un professionnel de santé.

Cette information devrait porter sur les points suivants (extrait des recommandations du NICE, 2006) :

- Informations à cibler dans les 2-7 jours suivant la naissance :
 - changement et évolutions physiologiques survenant durant cette période et qui disparaissent habituellement dans les 10-14 jours suivant la naissance ;
 - importance d'une bonne hygiène de vie et d'une alimentation équilibrée ;
 - hygiène personnelle et soin du périnée ;
 - contraception (types, utilisation, coordonnées de professionnels si besoins de conseils) ;
 - fréquence de la fatigue ;
 - hémorroïdes ;
 - petite incontinence urinaire ;
 - importance de signaler aux professionnels de santé des changements d'humeur ou de comportement, des saignements ou des démangeaisons périnéales, une incontinence anale.
- Informations à cibler dans les 2-8 semaines suivant la naissance :
 - normalité des dyspareunies à la reprise des rapports ;
 - importance de signaler aux professionnels des métrorragies persistantes après 6 semaines post-partum, des douleurs persistantes lors des rapports sexuels, des lombalgies sévères ou qui limitent les activités quotidiennes ;
 - prévision d'une consultation post-natale.

En France, les recommandations, relatives aux sorties précoces après accouchement publiées par l'ANAES en 2004 (25) et les recommandations relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité publiées par la HAS en 2005, étaient similaires (extrait des recommandations de 2004 de l'ANAES).

Les professionnels doivent s'assurer avant la sortie que les informations reçues durant le séjour ont été efficacement perçues par la mère et son entourage. Celles-ci devraient porter sur :

- les signes d'alerte pour la mère (infection, hémorragie, troubles psychiatriques) ;
- les soins de suite de couches (périnée, césarienne) et des seins ;
- les signes d'alerte pour le nourrisson (infection, ictère, déshydratation) ;
- les soins à l'enfant (cordon, toilette, bain) ;
- le mode d'alimentation (sein ou biberon) ;
- la surveillance du nourrisson (rythme de vie, pleurs, reconnaître quand il a faim) ;
- les conditions de vie (tabagisme passif, température ambiante, animaux domestiques, siège auto) ;
- le syndrome du bébé secoué.

Les recommandations de 2005 de la HAS rappelaient, elles, qu'un des objectifs des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) était d'informer et de favoriser des apprentissages relatifs à la période post-natale immédiate et à la première année de vie de l'enfant. Notamment :

- accompagner la femme dans ses choix et décisions concernant la durée du séjour en maternité ;
- participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité, de développement psychomoteur ;
- informer la mère sur les soins post-accouchement pour elle et son enfant (périnée, cicatrice de césarienne, seins, bain, soins du cordon, précautions d'hygiène générale) ;
- permettre à la mère de connaître les éléments de suivi médical pour elle et l'enfant après la naissance ;
- permettre à la mère de reconnaître les symptômes précoces et les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour elle et l'enfant après la naissance ;
- permettre à la mère de connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés : sage-femme, médecin, PMI, associations, services d'écoute téléphonique ;
- participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum ;
- encourager les échanges et le partage d'expérience sur les préoccupations et les pratiques parentales après la naissance.

Ainsi, le contenu de l'information fournie aux femmes sur le post-partum et la sortie de la maternité devrait être double, et doit concerner à la fois le versant maternel et celui du nouveau-né :

- information sur les événements, les modifications physiologiques et les soins du post-partum pour la mère et le nouveau-né ainsi que sur les troubles éventuels, leur prévention et l'importance de les signaler aux professionnels ;
- information sur le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile (en tenant compte des spécificités locales) : modes de prise en charge à la sortie avec leurs avantages et contraintes respectives, accès aux soins, professionnels pouvant être contactés ;
- en cas de retour précoce à domicile, outre l'information large habituelle sur la grossesse, les suites de couches, les soins au nouveau-né, les parents devraient disposer d'information sur les avantages et contraintes associés à une durée de séjour courte en maternité (notamment la nécessité d'une vigilance accrue et d'un suivi plus intensif pendant les premiers jours à domicile, afin de diminuer le risque d'hospitalisation). Les parents doivent également avoir été informés que des motifs d'ordre médical, psychique ou social peuvent imposer à tout moment de renoncer au retour précoce à domicile souhaité.

3.1.2. Comment informer les femmes sur les questions du post-partum ?

Des brochures ou des guides explicatifs, diffusés à l'ensemble des femmes par voie postale ou dans les lieux de consultation, pourraient venir compléter les informations données oralement aux femmes.

Au Royaume-Uni et au Québec, un guide explicatif sur le déroulement de la grossesse et du post-partum, et regroupant des conseils concernant la mère et le nouveau-né, tant sur le plan médical que relatifs aux démarches administratives, est distribué à l'ensemble des femmes (voir l'état des lieux des sorties de la maternité à l'étranger).

En France, un « Carnet de suivi de grossesse » a récemment été refait par la DGS : celui-ci comporte majoritairement des informations sur le suivi et le déroulement de la grossesse, mais les informations concernant le post-partum sont détaillées, principalement celles concernant les démarches administratives et les prestations dont les patientes peuvent bénéficier. Le couchage du nouveau-né est abordé, tout comme l'intérêt de la consultation post-natale 6 à 8 semaines après la naissance et les troubles du post-partum et signes d'alerte devant amener à consulter : « Certains symptômes physiques ou psychiques peuvent survenir (perte d'urines à l'occasion d'un effort même minime, sensation de gêne à type de pesanteur en bas du ventre, tristesse, irritabilité, sentiment de culpabilité, etc.). N'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à votre sage-femme. Consultez également en cas de fièvre,

saignements anormaux, pertes malodorantes, etc. ». L'Assurance Maladie met également à disposition des femmes ayant déclaré leur grossesse sur le site ameli un guide « Ma maternité – Je prépare l'arrivée de mon enfant », qui rassemble toutes les étapes importantes de la grossesse jusqu'aux premiers mois de l'enfant.

La possibilité d'un suivi après une sortie précoce de la maternité est évoquée, mais ses modalités ne sont pas explicitées (par qui ? combien de temps ? comment faire ? quelle prise en charge par l'Assurance Maladie ? quels avantages/inconvénients pour la famille ?). D'après l'enquête menée par de l'UNAF en 2009, portant sur la satisfaction des usagers à l'égard de la prise en charge prénatale, de l'accouchement et du post-partum, seulement 63,76 % des femmes déclarent avoir reçu ce carnet de maternité (59,1 % d'après les données de l'ENP 2010) et près de 48 % à 52 % d'entre elles jugeaient les informations contenues suffisantes, de qualité et utiles.

De nombreux établissements ou départements éditent également des guides papiers à l'attention des futurs parents, incluant notamment un annuaire des différents professionnels et services de soins pour la mère et l'enfant. Ces informations sont également la plupart du temps disponibles en ligne.

Une étude de cohorte, menée par Schimmel en 2010 (34), incluant 252 parents de nouveau-nés d'un centre universitaire nés à terme, ne présentant pas de pathologies et hospitalisés de 2 à 4 jours en maternité, a été effectuée. Les résultats de cette étude soulignent que l'adhésion des parents aux recommandations de l'équipe médicale est meilleure lorsque celles-ci sont expliquées et non uniquement écrites (89 % contre 52,5 %). Malgré les faiblesses méthodologiques de l'étude (recueil des données non standardisé et basé uniquement sur les déclarations des parents, sans confirmation par lecture du dossier médical, absence d'aveugle, peu d'informations sur les caractéristiques des parents), il pourrait donc être conseillé de fournir des informations orales aux parents avant la sortie (pouvant être reportées sur un support écrit et remis à la patiente). Les séances de préparation à la naissance ou l'entretien prénatal précoce peuvent être le moment idéal pour diffuser cette information.

De manière générale, les professionnels devraient s'assurer de la bonne compréhension par les femmes de l'ensemble des informations fournies. Si nécessaire, les documents d'informations peuvent être traduits et retranscrits en plusieurs langues, selon les besoins du service.

3.1.3. À quel moment informer les femmes ?

L'ANAES rappelait, en 2004, que les cas où le retour précoce devait être envisagé durant le séjour, sans avoir été présenté durant la grossesse, devaient rester rares.

Il est rappelé de nouveau que la sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipés **avant la naissance**, car la durée du séjour en maternité est courte.

Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), publié en 2013 (35), a abordé la préparation à la prise en charge de l'enfant à naître : il rapporte que l'entretien prénatal précoce (EPP), quand il a lieu, a surtout une orientation obstétrique compte tenu de sa précocité, et laisse peu de chances aux conseils pédiatriques d'être bien abordés et surtout mémorisés. En conséquence, pour que soient abordés plus spécifiquement les aspects purement pédiatriques, avec des conseils tant au niveau nutritionnel (recommandations pour l'allaitement), développemental (principaux repères) qu'au niveau de l'établissement du lien parents/enfants (prévention de la maltraitance), l'instauration d'une consultation prénatale de prévention et d'éducation à visée pédiatrique, programmée au cours du dernier trimestre de la grossesse serait souhaitable. Il propose que cette consultation soit réalisée de façon systématique pour les femmes primipares, et proposée aux autres, si elles le souhaitent. Comme dans le cas de l'EPP, sa mise en place (promotion, proposition, réalisation) devrait impliquer les réseaux de périnatalité, les réseaux ville-hôpital des maternités, les services de PMI, les médecins et praticiens libéraux.

Plusieurs solutions ont été discutées :

- **L'entretien prénatal précoce (EPP)** : information des femmes dispensées lors de l'EPP, mis en place en 2004, principalement pour recenser les besoins et attentes des femmes/couples, et repérer les femmes en situations de vulnérabilité. Peu de femmes bénéficient cependant de cet entretien. La dernière enquête nationale périnatale de 2010 rapporte que seules 21,4 % de femmes en ont bénéficié, majoritairement des primipares (62,7 %), dont 17,9 % durant le dernier trimestre de la grossesse. Le début du 2^e trimestre de grossesse semble également un peu tôt (ces femmes seraient plutôt portées sur la prise en charge de la grossesse et pourraient avoir des difficultés à se projeter dans le post-partum).
- **Séances de préparation à la naissance et à la parentalité** : la HAS rappelait en 2005 qu'un des rôles de la PPN était d'informer les femmes sur le post-partum et le retour à domicile. Celle-ci concerne cependant en grande majorité les primipares (73,2 % contre 28,5 % des multipares).
- **Information au cours du 3^e trimestre de la grossesse** : le moment semble idéal pour dispenser l'information aux femmes ; celles-ci seraient plus à même d'anticiper le moment de la naissance et du retour à domicile. L'information pourrait être dispensée durant une consultation prénatale : l'ensemble des femmes serait ainsi concerné, mais se pose alors le problème du temps nécessaire à la consultation, qui serait rallongée. Une réunion d'information des femmes sur les modalités d'accompagnement en post-partum et l'organisation de la sortie pourraient également être proposées, calquées sur les séances de PPN.

Il est préférable que les informations données tiennent compte des spécificités de chaque service en matière de prise en charge des femmes en post-partum et des ressources disponibles au niveau local (professionnels intervenant dans le service, rôle et coordonnées des professionnels libéraux et structures assurant le suivi de la mère et de l'enfant après la sortie). Dans l'idéal, elles pourraient être dispensées par un professionnel de la maternité choisie comme lieu d'accouchement ou un professionnel faisant partie du réseau de santé en périnatalité auquel appartient la maternité.

Les éléments d'information communiqués devraient être mentionnés dans le dossier de la femme.

Cette information « du 3^e trimestre » devrait rester distincte des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, à laquelle elle ne doit pas se substituer (complémentarité des informations).

3.1.4. Recommandations relatives à l'information des femmes

Recommandations sur les conditions optimales pour décider d'une sortie de la maternité des couples mère-enfant à bas risque : information des femmes et/ou du couple	
Modalités	
AE	Il est recommandé que chaque femme enceinte et/ou couple reçoive, au cours du 3^e trimestre de la grossesse et avant la naissance , des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement.
	Il est recommandé qu'un document écrit, reprenant les informations données oralement, soit proposé aux femmes et/ou couples par le professionnel de santé (cf. Document d'information).
	Il est recommandé que l'information soit dispensée par un professionnel connaissant le fonctionnement du service et les ressources locales disponibles à la sortie. Il peut s'agir du professionnel assurant le suivi de la grossesse ou d'un professionnel de la maternité et/ou du réseau de santé en périnatalité ou de proximité auquel appartient l'établissement.

Recommandations sur les conditions optimales pour décider d'une sortie de la maternité des couples mère-enfant à bas risque : information des femmes et/ou du couple	
	Des informations sur le post-partum et le retour à domicile sont déjà dispensées lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est recommandé que l'information soit réitérée et complétée lors de consultations prénatales, réunions d'information, etc. (modalités suivant l'organisation de chaque service ou réseaux) et pendant le séjour en maternité.
Contenu	
AE	Il est recommandé d'informer les femmes et/ou les couples sur les événements du post-partum (particulièrement pour les primipares) : modifications physiologiques pour la mère et pour l'enfant, soins, conseils en puériculture, troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance (signes d'alerte).
	Il est recommandé d'informer les femmes sur le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile.
	Les informations fournies doivent tenir compte des spécificités propres à chaque service et des ressources disponibles au niveau local après la sortie : modes de prise en charge possibles, avec leurs avantages et contraintes respectives, modalités d'accès aux soins et professionnels pouvant être contactés, rôle et coordonnées d'associations d'usagers.
	La notion de professionnel de santé « réfèrent du suivi » doit être évoquée.
Spécificités en cas de sortie précoce de la maternité	
AE	Lorsqu'une sortie précoce de la maternité a été envisagée par la femme et/ou le couple, il est important de préciser aux parents qu'ils restent libres d'exprimer leurs souhaits et ressenti après l'accouchement, que ce projet est révisable, mais qu'en aucun cas une sortie précoce ne pourra leur être imposée.
	Les parents doivent avoir été informés que des motifs d'ordre médical, psychique ou social peuvent nécessiter à tout moment de renoncer au retour précoce à domicile souhaité.
	Les parents doivent avoir été informés de la nécessité d'une vigilance particulière et d'un suivi médical pendant les premiers jours à domicile, afin de repérer les signes d'appel de pathologies néonatales et pour prévenir les risques de complications qui nécessiteraient une réhospitalisation dont les conditions et les modalités sont à préciser.
Informations à destination des professionnels de la maternité	
AE	Les éléments d'information communiqués, y compris le nom du professionnel réfèrent du suivi, doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme. En regard, un professionnel de santé « réfèrent de la maternité » est à identifier au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice, etc.), afin de répondre le cas échéant aux demandes d'information et d'avis du professionnel réfèrent du suivi assurant l'accompagnement en post-partum concernant la mère et l'enfant.

3.2. Définition d'une population mère-enfant à bas risque pour une sortie de la maternité en sécurité

Les critères maternels, permettant de définir le bas risque pour un retour à domicile après un accouchement, sont listés dans plusieurs recommandations françaises et étrangères, mais concernant les sorties dites « précoces » de la maternité. Ces recommandations soulignent chaque fois l'importance de la sélection rigoureuse des couples mère-enfant et du dépistage des situations à risque.

Les critères aidant à identifier des femmes à bas risque médical, psychique et social permettant d'organiser une sortie de la maternité dans des conditions optimales ont été précisés. L'objectif était de sélectionner des femmes pour lesquelles le risque de complications post-partum était le plus faible, quel que soit le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne).

Ces critères ont été implémentés, voire renforcés, en cas de sorties précoces de la maternité.

3.2.1. Analyse des recommandations et pratiques étrangères

Les critères préalables au retour à domicile précoce des mères retenus dans les recommandations canadiennes, néo-zélandaises et américaines sont résumés dans le tableau ci-dessous. À noter que la définition d'une sortie précoce (en nombre d'heures d'hospitalisation) varie en fonction du pays considéré (dans les 12 heures ou les 48 heures suivant la naissance). Les critères retenus par chaque pays restent semblables.

Tableau 1. Critères maternels d'éligibilité à un retour précoce à domicile après un accouchement : recommandations hors France.

Pays, année et définition de la sortie précoce	Canada, SOGC, 2007 (sortie < 48 h) (11)	Nouvelle-Zélande, 2010 (sortie < 12 h) (36)	États-Unis, 2004 (sortie < 48 h) (37)
Critères médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de complication intra-partum ou post-partum nécessitant une observation ou un traitement médical continu. - Garantie de procéder aux soins du périnée si nécessaire. - Mobilité et maîtrise adéquate de la douleur. - Fonctions vésicales et intestinales satisfaisantes. - Capacité démontrée de bien nourrir le nouveau-né ; en cas d'allaitement, le nouveau-né a réussi à saisir adéquatement le sein. - Injection d'immunoglobulines RH et/ou vaccination rubéolique si nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - La femme ne présente pas de pathologie apparente. - Absence d'hémorragie de la délivrance. - Absence de déchirure périnéale du 3^e ou 4^e degré. - Absence de complication obstétricale ou d'antécédent maternel médical nécessitant une surveillance particulière. - Au cours de l'accouchement, pas de rotation de la présentation fœtale en cas d'extraction instrumentale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de complications particulières survenues durant la grossesse, l'accouchement, ou le post-partum immédiat. - Accouchement voie basse. - La mère sait prendre en charge les soins du nouveau-né et sait reconnaître les signes d'une tétée efficace en cas d'allaitement maternel. - Connaissance du statut sérologique maternel HIV, hépatite B, syphilis.
Critères sociaux et environnements	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque le milieu à domicile (sûreté, hébergement, soutien, communication) ne s'avère pas adéquat, des mesures ont été prises pour assurer une aide (ex. : soutien à domicile, services sociaux). 	NA	<ul style="list-style-type: none"> - La mère peut bénéficier d'un soutien adéquat au domicile et d'une prise en charge par un professionnel de santé si nécessaire. - Les facteurs de risques environnementaux et sociaux ont été évalués : toxicomanie, histoire de violence ou de négligence, déficience mentale chez un parent, manque de soutien social (en particulier pour les mères célibataires, adolescentes, primipares).
Aspects organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Réception de conseils relatifs à la contraception. - Identification du professionnel de santé responsable du suivi à domicile, avisé de la sortie de la patiente. - La famille est disponible aux fins du suivi ; la mère comprend la nécessité d'un suivi pour son enfant et pour elle-même, et connaît la date des rendez-vous. - Connaissance et compréhension des services de soutien communautaires et hospitaliers, et possibilité d'y accéder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Des conseils ont été donnés sur : que faire et qui contacter en cas d'urgence (par exemple, métrorragies), la date de passage d'une sage-femme et qui contacter si aucune visite n'a eu lieu dans les 24 heures suivant le retour à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mère informée des premiers signes pouvant faire évoquer des complications (notamment l'ictère du nouveau-né).

Contre-indications à une sortie précoce	Les mères ne devraient pas être renvoyées à domicile avant que leur état ne se soit stabilisé, lorsqu'elles ont présenté : une prééclampsie, une hémorragie post-partum, de la fièvre, des pathologies instables.	NA	Lorsque des facteurs de risque sont identifiés, la sortie précoce doit être retardée jusqu'à ce qu'ils soient résolus ou qu'une prise en charge adaptée soit mise en place.
---	---	----	---

3.2.2. Analyse des recommandations et pratiques françaises

► Recommandations de l'ANAES (2004)

- Conditions pour proposer un retour précoce à domicile après un accouchement :
 - Absence de signes d'infection.
 - Risque hémorragique contrôlé : recherche de signes d'anémie avant la sortie, recherche de facteurs de risque d'hémorragie secondaire.
 - Contrôle de la douleur.
 - Bonne instauration du lien mère-enfant.
 - Prise en compte de l'état psychique (recherche en anténatal et post-partum des signes et antécédents psychotiques (y compris familiaux). Ces derniers contre-indiquent une sortie précoce.
 - En cas de situation de précarité, évaluation au cas par cas des ressources disponibles au domicile et des conditions de prise en charge de la mère et de l'enfant.
 - Allaitement : reconnaissance par la mère des manifestations d'éveil du nouveau-né et de la réalité du transfert du lait, observation d'une succion efficace par un professionnel, informations reçues sur l'allaitement.

Des circonstances, justifiant de différer un retour précoce à domicile ou venant contre-indiquer une sortie précoce, sont également citées :

Mères « à risque » médical	Situations à risque non médical
<ul style="list-style-type: none">- Risque hémorragique maternel.- Risque infectieux maternel.- Risque thromboembolique maternel non géré.- Dépression ou antécédent de dépression grave, de dépression du post-partum.- États psychotiques et antécédents de psychose puerpérale. Présence de facteurs de risque de perturbation dans l'établissement du lien mère-enfant.	<ul style="list-style-type: none">- Mère très jeune et/ou inexpérimentée sans soutien familial suffisant et notamment mère isolée.- Conduites addictives.- Situation sociale, familiale ou environnementale défavorable.- Réserves sur la qualité du suivi qui pourra être assuré à domicile (capacité à honorer tout ou une partie du cahier des charges).

► Recommandations de la HAS (2011) sur les situations pathologiques pouvant relever d'une hospitalisation à domicile en ante et post-partum (38).

Elles sont rapportées ici comme des contre-indications éventuelles à une sortie optimale et/ou précoce de la maternité.

- Liste des situations pathologiques en post-partum :

- soins post-césarienne : difficultés post-cicatrisation (notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi-opérée, antécédent de désunion), abcès ou collection pariétale nécessitant une surveillance et des soins locaux, allaitement maternel associé ;
- soins de plaie périnéale : cicatrisation difficile (collection, inflammation, hématome, douleur), désunion de cicatrice, thrombus vaginal traité, périnée complet compliqué ou non, difficultés sphinctériennes (notamment nécessité d'auto-sondage vésical) ;
- dépression du post-partum ;
- mère en situation de vulnérabilité ;
- autres pathologies non spécifiques au post-partum : pathologie thromboembolique récente, diabète insulino-dépendant mal équilibré, pathologies infectieuses après la phase aiguë (pyélonéphrite, endométrite), anémie sévère mais compatible avec un lever de la patiente (taux d'HB entre 7 et 9 g/dl), HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse, en cas de traitement d'équilibration en cours ;
- autres : difficultés d'allaitement avec au moins un facteur de risque (âge maternel < 18 ans, primiparité, vulnérabilité, antécédents de difficultés d'allaitement et de chirurgie mammaire, grossesse multiple, pathologie néonatale pouvant interférer, etc.).

► Critère d'éligibilité au programme d'accompagnement à domicile PRADO de l'Assurance Maladie

Tableau 2. Critères d'éligibilité au programme PRADO de l'Assurance Maladie (durées de séjour de 3 jours ou plus en maternité après un accouchement) (avril 2013) (France).

Mère	Accouchement
- âgée au moins de 18 ans ; - absence de handicap psychique ; - absence de comorbidités ; - absence de complications ; - appartenance au régime général de l'Assurance Maladie.	- Accouchement par voie basse.

NB : Le PRADO considère des sorties au-delà de 48 heures après la naissance.

Les critères d'éligibilité concernant le nouveau-né sont présentés page 51.

► Critères d'éligibilité des mères à une sortie précoce de la maternité : exemples de deux expériences locales

Les annexes 1 et 2 apportent des modèles de document utilisable pour l'organisation des sorties de maternités.

Tableau 3. Critères maternels d'éligibilité à une sortie précoce de la maternité : exemple de deux établissements en France.

	Metz ; Hôpital Clinique Claude Bernard*. Sortie < J2 heures	Lille, Jeanne de Flandre** sortie < J2 (matin pour les patientes ayant accouchées avant 12 h/après-midi pour les patientes ayant accouchées après 12 h)
Critères médicaux	- Absence de dépression ou d'antécédent de dépression.	- Multipare. - Grossesse unique voie basse sans complication.

	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de signe hémorragie en post-partum. - Absence de risque thromboembolique en post-partum. - Douleur ne nécessitant pas de prise en charge particulière. - Examen clinique normal. - Mère de rhésus positif ou négatif avec un enfant rhésus négatif. - Absence de difficultés liées à l'alimentation du nouveau-né. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de primo allaitement. - Consentement de la patiente. - Absence de pathologie chronique mal équilibrée. - Absence contexte infectieux. - Absence de risque hémorragique. - Absence de risque thrombotique. - Douleur contrôlée. - Instauration du lien mère-enfant. - État psychologique pris en compte.
Critères sociaux et environnementaux	Absence de précarité.	Majeure. Facteurs sociaux pris en compte.
Critères organisationnels	Sortie autorisée par le médecin ou la sage-femme.	

* Privé, Niveau 2, 2 342 accouchements en 2009 ; ** Public, Niveau 3, 5312, accouchements en 2009.

3.2.3. Conclusions/Recommandations sur les critères permettant de définir une population à bas risque

► En cas de sortie après une durée de séjour « standard » (entre 72 et 96 heures après un accouchement par voie basse ou entre 96 et 120 heures après une césarienne)

Les critères, permettant de définir le bas risque maternel pour un retour à domicile après un accouchement, sont semblables dans différents pays (France, Royaume-Uni, États-Unis, Nouvelle-Zélande). Les critères retrouvés dans la littérature concernaient principalement des sorties précoces de la maternité (définition variable de la durée de séjour en maternité de 12 heures à 48 heures après l'accouchement selon les études).

Une liste de critères a été établie afin d'identifier les femmes à bas risque médical, psychique et social. L'objectif est de sélectionner des femmes ayant eu un accouchement par voie basse ou une césarienne pour lesquelles le risque de complications du post-partum est le plus faible.

Tableau 4. Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard (soit entre 72 et 96 heures après un accouchement par voie basse, ou entre 96 et 120 heures après une césarienne).

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères.
2	Soutien familial et/ou social adéquat.
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée.
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu.
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire).
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.
7	Absence de signes thromboemboliques.
8	Douleur contrôlée.
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité.

* Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

Cas particulier :

AE	En présence d'une situation repérée de vulnérabilité psychique ou sociale, de conduites d'addiction ou de dépendances sévères, un accompagnement médical et/ou social adapté doit avoir été anticipé et programmé en amont au cas par cas.
-----------	---

► **En cas de sortie précoce (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après une césarienne)**

Dans le cas particulier où la mère et/ou le couple souhaitent opter pour une sortie précoce de la maternité, il est recommandé que :

- la mère et/ou le couple aient donné son accord ;
- les critères ci-après soient validés pour la mère et l'enfant.

Tableau 5. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne).

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères.
2	Soutien familial et/ou social adéquat.
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée.
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu.
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat***.
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.
7	Absence de signes thromboemboliques.
8	Douleur contrôlée.
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes.
10	Accord de la mère et/ou du couple.

* Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.) ; ** Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** Pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

Deux formulaires listant les critères maternels et pédiatriques retenus pour définir une population à bas risque sont proposés en annexe 3 : l'un est à compléter en cas de sortie précoce, l'autre en cas de sortie après une durée de séjour standard.

3.3. S'assurer que l'existence d'un soutien adéquat existe à la sortie de la maternité

Accompagner et apporter une écoute et un soutien aux femmes et au couple sont des aspects primordiaux de la prise en charge post-natale.

3.3.1. Pratiques à l'étranger

L'OMS préconise notamment de proposer une ou plusieurs séances d'information dans la première année de vie de l'enfant, dans la continuité des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour aider les parents à faire face aux éventuelles difficultés qui peuvent accompagner l'arrivée d'un nouveau bébé et proposer un soutien parental (39). Les modalités concrètes de soutien ne sont pas décrites.

Aux États-Unis et au Canada, il existe de nombreuses méthodes d'interventions éducatives post-natales : courriers électroniques, *hotlines*, visites à domicile, suivi téléphonique, cliniques du post-partum ou centres d'allaitement, classes ou groupes d'éducation, présentations didactiques, vidéos et discussions de groupe. Les sujets traités dans le post-partum sont divers : soin du nouveau-né, comportement et développement de l'enfant, changements maternels physiques et psychologiques, sexualité après l'accouchement, contraception.

Au Canada, certaines municipalités offrent des « séances post-natales » dont un des objectifs est de faciliter l'adaptation des familles au nouveau bébé. Les thèmes abordés sont divers, et concernent l'allaitement, la remise en forme, la sexualité après l'accouchement, la croissance et le développement chez l'enfant. L'intérêt de programmes structurés d'interventions après la naissance a été évalué dans des études de bonne qualité méthodologique. Ces études démontrent l'utilité de séances individuelles en post-natal précoce, en particulier pour la prévention de la dépression du post-partum.

3.3.2. Pratiques en France

Les recommandations de 2005, de la HAS sur la PNP (extrait et résumé ci-après), viennent souligner que des interventions post-natales précoces et structurées (visites à domicile systématiques, adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes, avec une diminution de l'anxiété, de la dépression et une amélioration de l'estime de soi, constatée à 4 et 12 mois après la naissance (niveau de preuve 1).

De manière générale, les interventions réalisées en anténatal peuvent permettre d'apporter un soutien aux femmes, notamment les plus vulnérables (risque psychosocial ou psychologique), en créant un réseau soutenant et coordonné multidisciplinaire et accepté par la femme, qu'il suffira d'activer dès la sortie de la maternité afin d'assurer une prise en charge adéquate du retour à domicile.

Le nombre de femmes qui développeraient une dépression post-natale ne serait pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (niveau de preuve 1), mais en revanche, des interventions intensives (suivi post-natal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées exclusivement en post-natal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes, auraient un effet préventif démontré sur la dépression post-natale (niveau de preuve 1).

Ces interventions seraient encore plus efficaces chez les femmes vulnérables (niveau de preuve 1). Les interventions individuelles seraient plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

Des enquêtes, menées récemment auprès des usagers, soulignent également des besoins d'écoute et de soutien en post-partum ; l'enquête, menée en 2012 par le CIANE auprès de 5 417 femmes, concluait sur l'importance d'une prise en charge basée sur l'écoute, où « la femme doit être invitée à s'exprimer sur le vécu de son accouchement, sur son état physique et psychologique, sur les difficultés éventuelles qu'elle rencontre avec son enfant – notamment sur l'allaitement ».

Par ailleurs, dès 2010, l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, notant un accompagnement moins présent sur la période post-natale, proposait dans ses recommandations « la mise en place d'un entretien post-natal précoce réalisé juste après l'accouchement, en maternité, à domicile ou en ville afin d'offrir à l'usagère un temps d'échange une fois l'enfant né, d'anticiper les difficultés éventuelles liées à la sortie de maternité et d'identifier ses besoins spécifiques d'accompagnement ».

Cet entretien apparaît intéressant pour favoriser l'expression des besoins des parents en période post-natale, veiller à l'élaboration du lien mère-enfant, repérer les situations de vulnérabilité psychologique et/ou sociale, repérer les signes éventuels d'une dépression post-natale, et si besoin faciliter l'orientation de la patiente vers d'autres professionnels, et réactiver des aides spécifiques (soutien à la parentalité, soutien à l'allaitement, etc.).

Il peut permettre de revenir avec la femme et le couple sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et son intérêt peut être d'autant plus pertinent si l'un des épisodes a été ressenti comme « traumatique ».

Plusieurs régions se sont saisies de ces recommandations, notamment l'Île-de-France où, en 2012, l'Agence régionale de santé a pris conscience des différents besoins post-natals en matière d'accompagnement, et a recommandé l'instauration d'un entretien post-natal précoce, réalisé en cabinet ou à domicile par une sage-femme ou un médecin, entre le 8^e et le 15^e jour suivant l'accouchement (à distinguer de la consultation médicale post-natale). Dès 2010, certains réseaux de périnatalité avaient également mis en place cet entretien. C'est le cas notamment du réseau de Thann ou encore de la Fédération bourguignonne des réseaux périnatals de proximité qui l'ont intégré dans le parcours de santé des femmes, couples et nouveau-nés.

Enfin, le réseau de périnatalité Paris-Nord a également projeté de l'intégrer dans le parcours de santé de ses usagers.

À ce jour, les sages-femmes ont également la possibilité de dispenser deux « séances post-natales » (dites « SP »), codifiées à la nomenclature générale des actes professionnels et valorisées à hauteur de 18,55 € chacune (à la date du .../.../2013). Chacune de ces séances est prise en charge à 100 % au titre de l'Assurance Maternité entre le 8^e jour suivant la naissance et la consultation post-natale.

Selon la décision du 5 février 2008, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie, ces séances présentent les objectifs généraux suivants : « des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents ».

Concernant leurs objectifs spécifiques, les séances post-natales permettent « de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ; de favoriser les liens d'attachement mère-enfant ; de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ; de rechercher des signes de dépression du post-partum ; d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ».

Or, le nombre de femmes bénéficiant de ces séances est faible, probablement du fait d'une faible valorisation des séances au regard du temps qu'elles nécessitent et d'une méconnaissance de l'existence de ces séances par les professionnels et les couples.

En effet, en 2010 et 2011, seules 5,22 % et 6,06 % des femmes accouchées avaient profité de séances post-natales. Près des deux tiers de ces femmes (de 61 à 62 %) ne bénéficiaient que d'une seule séance (cf. Document « Éléments de chiffrage et analyse des données du PMSI »).

Afin de développer la pratique de ces séances, il semble important d'informer les professionnels de la périnatalité et les femmes, de l'existence et de l'intérêt de ces séances.

Au vu du temps nécessaire au bon déroulement de chaque séance, le groupe de travail sollicité par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France proposait également dans ses recommandations de 2012, de remplacer ces deux séances post-natales par une cotation nouvelle, en miroir de l'entretien prénatal précoce : 2C1/2 pour les médecins et SF 15 (42 €) pour les sages-femmes comme pour l'entretien prénatal précoce.

3.3.3. Conclusions/recommandations sur l'accompagnement à la sortie de la maternité

Deux séances post-natales peuvent être réalisées par une sage-femme (celle-ci peut être le professionnel référent du suivi, sinon celui-ci doit être défini et précisé) **entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la visite post-natale** (examen médical de la mère réalisé entre 6 et 8 semaines après l'accouchement). Il s'agit de « séances individuelles, réalisées au cabinet ou à domicile, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de

besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents¹ ». Elles sont actuellement prises en charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité.

Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un « entretien post-natal précoce » (réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l'accouchement) permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins, voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité.

Les associations d'usagers peuvent également apporter un soutien important aux parents : écoute, forums en ligne, réunions de groupe, etc.

AE

Il est recommandé de donner à chaque femme qui le souhaite, la possibilité de bénéficier de ces deux séances post-natales, afin de proposer systématiquement un entretien post-natal précoce.

3.4. S'assurer de l'existence d'un suivi médical disponible et opérationnel après la sortie de maternité

Un suivi médical des femmes doit être assuré après la sortie de la maternité, afin de repérer précocement les situations à risque, d'assurer une prise en charge des complications et de réduire la morbidité maternelle. Il paraît d'autant plus important d'assurer ce suivi que la durée de séjour en maternité est courte.

AE

Il est nécessaire de donner à l'ensemble des femmes la possibilité de bénéficier d'un suivi médical après la sortie de la maternité, cela afin de repérer précocement les situations à risque, et d'assurer une prise en charge des complications.

Il est recommandé de s'assurer de l'existence d'un suivi médical disponible et opérationnel après la sortie de maternité.
La date de la première visite médicale doit être fixée avant la sortie de la maternité, quelle que soit la durée de séjour.
L'application et la faisabilité de ces recommandations nécessitent de libérer du temps d'organisation au sein des services.

Les principales complications du post-partum et les différents critères de surveillance maternels sont rapportés dans les recommandations du NICE (32), les recommandations françaises de l'ANAES (25) et de la HAS (38).

Il était rappelé que les complications maternelles les plus fréquentes en post-partum étaient de nature infectieuse, hémorragique ou psychologique, et que leur dépistage, prévention et prise en charge primaire pouvait être du ressort de la sage-femme, du médecin généraliste ou spécialiste. Ceux-ci s'effectuent de la même façon en ambulatoire qu'en maternité.

¹ Journal Officiel du 22 avril 2008.

*Classifications des recommandations (NICE) : Grade A > B > C > D > D (GPP) : a good practice point D (GPP) is a recommendation for best practice based on the experience of the Guideline Development Group > IP.

Tableau 6. Paramètres de surveillance des femmes en post-partum : recommandations du NICE (2006).

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
Hémorragie secondaire du post-partum	Hémorragie survenant entre 24 heures et 3 mois post-partum.	1 % des femmes (40).	Dans une étude cas-témoins incluant 729 femmes, les facteurs de risque d'hémorragie secondaire du post-partum retrouvés sont (41) : - Antécédent d'hémorragie secondaire du post-partum : ORa = 6,0 [2,1, 16,8]. - Hémorragie survenant dans les 24 première heures suivant la naissance. - Délais important entre la naissance et la délivrance - Tabagisme maternel. - Métrorragies < 24 SA durant la grossesse. NB : Les auteurs ne mettaient pas en évidence d'association avec la parité ou le mode d'accouchement (voie base spontanée, extraction instrumentale, césarienne), mais ce dernier critère n'était pas inclus dans une analyse multivariée.	- En l'absence de saignements subnormaux, l'évaluation de l'involution utérine par palpation en routine n'est pas nécessaire [B]. - Une évaluation de l'involution utérine et une quantification des pertes devraient être effectuées en cas de saignements subnormaux, de douleurs abdominales ou d'hyperthermie. En cas d'anomalie, des investigations supplémentaires sont nécessaires rapidement [D(GPP)]. - En cas de pertes sanguines massives ou de pertes accompagnées de signes cliniques de choc (dont une tachycardie, hypotension, troubles de la conscience), une prise en charge adaptée doit être débutée (en urgence) [D(GPP)].
Infections génitales hautes	<u>Au moins deux des critères suivants :</u> Hyperthermie > 38 C. Tachycardie >100 bpm.	L'incidence de l'endométrite excéderait rarement 3 % après un accouchement par voie	- Césarienne. - Rupture prolongée des membranes de plus de 6 heures.	- En l'absence de signes cliniques infectieux, le contrôle de routine de la température n'est pas nécessaire [D(GPP)]. - La température doit être contrôlé en cas de suspicion d'infection ; si celle-ci est > 38°C, répéter la mesure dans les

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
	Fréquence respiratoire > 20/min. Hyperleucocytose > 17*10 ⁹ /l Bactériémie ou cultures bactériologiques positives. Douleur abdominale. Écoulements purulent. Lochies fétides.	basse et serait majorée après une césarienne. Une étude de cohorte menée par le CDC aux États-Unis en 2001 (42), incluant 2 826 femmes, retrouvent des taux d'endométrite de 0,2 % après un accouchement par voie basse et 0,8 % après une césarienne.	- Infection génitale préexistante. - Gestes endo-utérins. - Hyperthermie durant le travail. - Travail long - Plaie vulvaire ou périnéale.	4 à 6 heures [D(GPP)]. - Si la température est > 38°C après contrôle ou si des signes cliniques d'infections sont présents, des investigations supplémentaires sont nécessaires [D(GPP)].
Prééclampsie	(définition du RCOG) : TA diastolique ≥ 90 mmHg Protéinurie >300 mg/24 h +- signes fonctionnels d'HTA. NB : Le NICE souligne que les œdèmes sont extrêmement fréquents chez la femme enceinte (> 80 %) : ce signe clinique n'est pas considéré comme discriminant.	Entre 27 et 32 % des prééclampsies surviendraient durant le post-partum.	- Primiparité. - Âge maternel > 40 ans. - Antécédents familiaux de prééclampsie. - Antécédent personnel de prééclampsie. - IMC > 35 en début de grossesse. - Grossesse multiple ou pathologie vasculaire préexistante (ex. : HTA, diabète).	- Au moins une mesure de TA devrait être documentée dans les 6 heures suivant la naissance [D(GPP)]. - La recherche d'une protéinurie en routine n'est pas recommandé [D(GPP)]. - Les femmes avec céphalées sévères ou persistantes devraient bénéficier d'une évaluation, afin de rechercher une prééclampsie [A]. - Si la TA diastolique est > 90 mmhg, sans autres signes de prééclampsie, la mesure de la TA devrait être répétée dans les 4 heures [D(GPP)]. - Si la TA diastolique est > 90 mmhg accompagnée de signes clinique de prééclampsie, des investigations supplémentaires sont nécessaires en urgence [A]. - Si la TA diastolique est > 90 mmhg et ne diminue pas dans les 4 heures qui suivent, des investigations supplémentaires sont nécessaires en urgence [A].
Risque thrombotique	- <u>Signes de thrombose veineuse profonde</u> : Douleur et sensation d'inconfort dans un membre inférieur (gauche ++), rougeur, œdème, chaleur du membre, douleur abdominale basse possible,	- <u>Incidence de la thrombose veineuse profonde</u> : 511,2/100 000 femmes (5 fois plus élevé en post-partum que durant la grossesse). - <u>Incidence de l'embolie pulmonaire</u> : 159,7/100 000 dans les 3 mois post-	D'après le RCOG : a) <u>facteurs de risque préexistants</u> : antécédent de thrombose, thrombophilie, déficit en antithrombine, protéine C, S, facteur V Leiden, syndrome des antiphospholipides, lupus, âge > 35 ans, IMC > 30 en	- Les femmes doivent être encouragées à se mobiliser dès que possible après la naissance [D(GPP)]. - Les femmes présentant à l'examen clinique un mollet douloureux, rouge, œdématié, devraient bénéficier d'examens complémentaires, afin d'exclure un diagnostic de thrombose veineuse profonde [D(GPP)]. - Les femmes présentant des signes de détresse ou gêne respiratoire ou des douleurs thoraciques devraient bénéficier d'examens complémentaires, afin d'exclure un diagnostic

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
	<p>hyperleucocytose.</p> <p>- <u>Signes de d'embolie pulmonaire</u> : dyspnée, troubles de la conscience, douleur thoracique, hémoptysie, malaises, turgescence jugulaire, signes associés de thrombose veineuse profonde.</p>	<p>partum.</p> <p>- Enquête confidentielle sur les morts maternelles (UK, 2002) : 31 décès associés à une embolie pulmonaire, dont 17 survenus en post-partum.</p>	<p>dehors de la grossesse, parité, varices des membres inférieurs, paraplégie, drépanocytose, MICI, certaines pathologies rénales ou cardiaques.</p> <p>b) <u>facteurs de risque acquis ou transitoires (dans le post-partum)</u> : chirurgie, déshydratation, infection sévère, immobilité (> 4 jours alitement), prééclampsie, hémorragie, travail prolongé, extraction instrumentale, voyage en avion.</p>	<p>d'embolie pulmonaire [D(GPP)].</p> <p>- La recherche du signe de Homans en routine n'est pas recommandée [C].</p> <p>- Les patientes obèses sont à haut risque thromboembolique, et devraient bénéficier d'une prise en charge individualisée [GPP].</p>
Troubles psychiques et dépression du post-partum	<p>- <u>Baby blues</u> : Fatigue, anxiété, pleurs, anxiété, insomnies, irritabilité, troubles de l'humeur. Fréquence ++ 3-4 jours post-partum, disparition progressive des symptômes après 6 jours.</p> <p>- <u>Dépression du post-partum</u> : humeur dépressive, perte d'intérêt ou plaisir, troubles de l'appétit, agitation ou repli sur soi, fatigue intense, sentiments de culpabilité ou dévalorisation, troubles de la concentration, pensées suicidaires.</p> <p>* Évaluation possible par auto-questionnaire : EPDS (Cox, <i>et al.</i>), existe en</p>	<p>- Dépression du post-partum : de 20 à 28 % des femmes.</p> <p>- Stress post-traumatique : de 2,8 % à 5,6 % des femmes à 6 semaines post-partum.</p>	<p>- <u>Dépression du post-partum</u> :</p> <p>Corrélation forte : antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques, soutien social faible, vie conjugale peu satisfaisante, bouleversements récents, <i>baby blues</i> qui perdure, labilité de l'humeur.</p> <p>Corrélation faible : grossesse pathologique, antécédent de maltraitance, revenus faibles, situation professionnelle modeste.</p> <p>Autres facteurs de risque identifiés : grossesse non planifiée, chômage, stress parental anténatal, retard à la conception, dépression du</p>	<p>- À chaque examen post-partum, le ressenti et le bien-être des femmes devraient être évalués ainsi, et les professionnels devraient s'enquérir du soutien dont elles bénéficient. Les femmes et les personnes de leur entourage devraient être averti de l'intérêt de signaler aux professionnels tout changement dans l'humeur, l'état émotionnel et le comportement inhabituel de la patiente [D(GPP)].</p> <p>- Un entretien formel sur le ressenti et le vécu de l'accouchement n'est pas recommandé [A].</p> <p>- L'ensemble des professionnels devrait connaître les signes et symptômes des troubles psychiques que peut rencontrer la mère dans les semaines et les mois suivant la naissance [D(GPP)].</p> <p>- Après 10-14 jours après la naissance, les professionnels devraient s'assurer de la disparition des signes de <i>baby blues</i> (ex. : pleurs, anxiété, baisse d'humeur). Si ces symptômes persistent, des investigations supplémentaires sont nécessaires, afin d'exclure une dépression du post-partum [D(GPP)].</p> <p>- Les femmes devraient être encouragées à prendre soin de</p>

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
	français. - <u>Psychose puerpérale</u> : hallucinations, obnubilation, délire oniroïde (thèmes liés à l'enfant), troubles de l'humeur (triste ou fluctuante), agitation avec risque de passage à l'acte suicidaires ou infanticide. - <u>Stress post-traumatique</u> : focalisation sur un événement passé vécu comme traumatique, évitement des situations associées à l'événement, irritabilité, difficultés d'attention, diminution de la réactivité émotionnelle, insomnies.		père, risques ou problèmes graves de santé de l'enfant. - <u>Psychose puerpérale</u> : antécédent de psychose puerpérale personnel ou familial, pathologie psychotique préexistante. - <u>Stress post-traumatique</u> : grossesse non planifiée, absence du partenaire, anxiété, événements liés à l'accouchement (épisiotomie, extraction instrumentale, césarienne en urgence, transfert du nouveau-né, douleur importante).	leur santé mentale en faisant attention à elles : prendre le temps de se reposer, pouvoir demander de l'aide pour s'occuper du bébé, parler de leurs ressentis à des membres de leur entourage et pouvoir bénéficier de leur soutien si nécessaire [D(GPP)].
Dyspareunie	/	Au total, 53 % des femmes à 8 semaines post-partum, 49 % à 2 mois (43). Dans cette étude, seules 13 % des femmes avaient évoqué leurs dyspareunies avec un professionnel.	/	- Les femmes devraient être interrogées sur la reprise ou non des rapports sexuels 2 à 6 semaines après la naissance et sur l'existence ou non de dyspareunies [C]. - Si la femme exprime une inquiétude ou une appréhension à la reprise des rapports sexuels, les raisons doivent être recherchées [D(GPP)]. - Les femmes, ayant eu un traumatisme périnéal et qui souffrent de dyspareunies, devraient bénéficier d'un examen clinique approfondi [D(GPP)]. - Un gel lubrifiant à base d'eau peut aider à diminuer les sensations d'inconfort durant les rapports, particulièrement en cas d'allaitement maternel [D(GPP)].
Soins et douleurs du périnée	/	/	/	- À chaque examen post-partum, les professionnels devraient interroger la femme sur l'existence de douleurs périnéales, de sensations d'inconfort ou de picotements, de

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
				<p>perles malodorantes ou de dyspareunies, et procéder à un examen clinique si nécessaire [D(GPP)].</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes devraient être averties du bénéfice de l'application locale de pains de glace dans la réduction des douleurs périnéales [D(GPP)]. - Le paracétamol devrait être utilisé en 1^{re} intention (en l'absence de contre-indications) dans la prise en charge des douleurs périnéales [A]. - Si le paracétamol ou les pains de glace ne suffisent pas à réduire les douleurs, une prescription d'AINS devrait être rédigée (en l'absence de contre-indications) [A]. - Les signes et symptômes d'infection, de désunion, de mauvaise cicatrisation ou retard à la cicatrisation doivent être recherchés. [D(GPP)]. - Les femmes doivent être informées de l'importance d'une bonne hygiène périnéale (changement fréquent de protections hygiéniques, lavage des mains avant et après et douche quotidienne) [D(GPP)].
Céphalées	/			<ul style="list-style-type: none"> - En cas de céphalées sévères, se référer à la section « prééclampsie ». - La présence de céphalées doit être recherchée à chaque visite post-partum (interrogatoire) [C]. - Les femmes, ayant bénéficié d'une analgésie péridurale ou rachianesthésie, doivent être averties des risques de céphalées associées à une brèche dure-mérienne, particulièrement celles survenant en position assise ou debout [C]. - En cas de céphalées, des diagnostics différentiels doivent être recherchés, et le traitement adapté au diagnostic [D(GPP)]. - Les femmes souffrant de migraines ou de céphalées de tension devraient rechercher et éviter les facteurs associés à l'apparition des céphalées, et recevoir des conseils de repos et relaxation [D(GPP)].
Fatigue	/	/	/	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes qui se plaignent d'une fatigue chronique devraient être interrogées sur leur bien-être général et leur

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
				<p>moral, et devraient recevoir des conseils hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, planifications d'activités) [D(GPP)].</p> <p>- Si la fatigue a une incidence sur le mode de vie de la patiente et la prise en charge du nouveau-né, des causes sous-jacentes physiques, psychologiques ou sociales doivent être recherchées [D(GPP)].</p> <p>- Si la femme a souffert d'une hémorragie du post-partum ou si elle souffre d'une fatigue chronique, le taux d'hémoglobine devrait être évalué et, si nécessaire, une prise en charge de l'anémie débutée (selon les protocoles locaux) [D(GPP)].</p>
Lombalgies	/	/	/	- Les femmes présentant des lombalgies en post-partum doivent être prises en charge de la même manière que l'ensemble des personnes de la population générale [D(GPP)].
Constipation	/	/	/	<p>- Les femmes devraient être interrogées sur la reprise du transit dans les 3 jours suivant la naissance [D(GPP)].</p> <p>- Les femmes souffrant de constipation doivent bénéficier de conseils hygiéno-diététique [D(GPP)].</p> <p>- Un traitement médicamenteux ne devrait être recommandé qu'en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques [A].</p>
Hémorroïdes	/	/	/	<p>- Les femmes, souffrant d'hémorroïdes, doivent être informées des mesures hygiéno-diététiques de lutte contre la constipation, et bénéficier si besoin de traitements locaux [D(GPP).]</p> <p>- En cas d'hémorroïdes œdématisées, multiples, de prolapsus ou de saignement rectal, les femmes devraient bénéficier rapidement d'un examen clinique [D(GPP)].</p>
Incontinence fécale	/	/	/	- En cas d'incontinence anale, la sévérité des troubles doit être évaluée, et les femmes devraient bénéficier d'une prise en charge rapide en l'absence de résolution des symptômes. [D(GPP)].
Rétention et Incontinence urinaire	/	/	/	<p>- Une absence de miction spontanée doit être documentée dans les 6 heures suivant la naissance [D(GPP)].</p> <p>- En cas d'incontinence urinaire peu sévère, une rééducation</p>

Pathologie	Définition/signes clinique	Incidence, fréquence	Facteurs de risque	Recommandations [grade]
				du périnée doit être envisagée [A]. - En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, des examens complémentaires devraient être réalisés [D(GPP)].
Contraception	/	/	/	- Les différentes méthodes contraceptives devraient être présentées aux patientes la première semaine suivant la naissance [D(GPP)]. - Les professionnels devraient s'assurer que l'ensemble des femmes peuvent accéder à une contraception [D(GPP)].
Immunisation	/	/	/	- Les femmes, de rhésus négatif, devraient bénéficier d'une injection d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures suivant la naissance d'un nouveau-né de rhésus positif [D(GPP)]. - Les femmes séronégatives pour la rubéole devraient être vaccinées après la naissance, et avant le retour à domicile si elles sont hospitalisées [D(GPP)]. - Les femmes doivent être informées qu'une grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination rubéolique, mais que l'allaitement maternel peut être continué [D(GPP)].

Tableau 7. Paramètres de surveillance des femmes en post-partum : synthèse des recommandations de l'ANAES et de la HAS (2004 et 2011).

Pathologie, critère à	Recommandations (avis experts)
------------------------------	---------------------------------------

surveiller		
Risque infectieux : infection urinaire, endométrite, mastite, infection de plaie périnéale ou de l'incision pour césarienne.	Les signes de complications infectieuses doivent être recherchés, et si besoin des examens complémentaires réalisés.	<p style="text-align: center;">Modalités du suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise du pouls, de la température, de la TA. - Examen des seins : souplesse, absence de crevasses, etc. - Surveillance de l'involution utérine, de l'importance et l'aspect des lochies. - Vérification de la cicatrisation du périnée, ablation des fils si nécessaire. - Absence de signes urinaires anormaux, reprise du transit. - Examen des membres inférieurs, recherche de signes de phlébite et de complications thromboemboliques. - Recherche de complications infectieuses : signes urinaires, rougeur ou douleur de la cicatrice, etc. - Examens complémentaires si opportuns : numération sanguine, cytbactériologie des urines. - Appréciation de la fatigue maternelle. - Favoriser un échange avec la mère sur le vécu de l'accouchement. - Évaluation de l'état psychologique, du degré de bien-être de la mère (score EPDS) et dépistage d'un éventuel trouble psychiatrique. - Repérage des difficultés parentales. - Observation de l'allaitement maternel et de son efficacité. - Évaluation des capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né (bain, soins de cordon, signes d'alerte). - Vérifier la bonne prise du traitement si prescrit, et adaptation de la prescription si besoin. - Bien évaluer et traiter la douleur. - Information sur la contraception et la reprise de la sexualité, sur l'intérêt de la visite post-natale et de la rééducation périnéale.
Risque hémorragique	Les signes d'anémie doivent être recherchés régulièrement, cliniquement et, si besoin, biologiquement. Une surveillance accrue doit être assurée si la mère est sortie dans les 24 heures suivant l'accouchement.	
Douleur	Tous les composants de la douleur du post-partum doivent être pris en compte (tranchées utérines, césarienne, épisiotomie, allaitement). La prescription doit être réévaluée lors des visites, et la mère guidée dans sa gestion du traitement.	
État psychique : anxiété, baby-blues, dépression, psychose	L'anxiété maternelle importe que l'accompagnement à la parentalité soit axé sur la prise de confiance et l'autonomisation de la mère. L'équipe en charge du suivi doit savoir déceler les signes annonciateurs d'une évolution du <i>baby blues</i> vers une dépression. La dépression post-partum nécessite une prise en charge spécifique rapide. Elle peut être dépistée par l'utilisation de l'échelle EPDS. La psychose puerpérale nécessite une prise en charge spécialisée immédiate.	
Lien mère-enfant	Une évaluation régulière à domicile est essentielle.	
Accompagnement de l'allaitement	Le soutien à la mère doit contribuer à la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion, et au dépistage des signes de déshydratation (courbe de poids, mictions).	

3.4.1. Conclusion/recommandations sur les paramètres de surveillance

L'objectif de la surveillance des mères est de dépister et prévenir les complications fréquemment retrouvées en post-partum.

Après une sortie précoce ou après une durée de séjour standard de maternité, la surveillance en post-partum des mères doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 8. Paramètres de surveillance en post-partum des femmes à bas risque après la sortie de la maternité.

Paramètres de surveillance
Risque hémorragique.
Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite.
Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/prééclampsie.
Risque thromboembolique.
Troubles urinaires/digestifs.
Cicatrisation (périnée, césarienne).
Troubles psychiques : fatigue, anxiété, <i>baby blues</i> , dépression, etc.
Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
Douleur.
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole, etc.) et injections immunoglobulines*.
Accompagnement de l'allaitement maternel.
Accompagnement et information sur la contraception*.
Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfants.
Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.).

* S'il y a lieu et si non fait durant le séjour en maternité.

4. Modes d'accompagnement et organisation du suivi en post-partum

Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), publié en 2013 (35), sur la prise en charge de la santé de l'enfant en France, souligne le besoin qui existe sur l'organisation du retour à domicile : « Le repérage des ressources à solliciter une fois au domicile est très important, dans un contexte où les rôles de chacun sont a priori peu ou pas connus des familles. La question de l'organisation et de l'anticipation des prises en charges en sortie de maternité a pris une acuité accrue en raison de la diminution des durées de séjour en maternité qui nécessite une meilleure définition des rôles et des compétences, et au plan local, un effort particulier de coordination des professionnels hospitaliers, ambulatoires et de PMI. »

4.1. Rappels des prestations prises en charge au titre de l'Assurance Maternité et Maladie

Il existe une prise en charge à 100 % des frais médicaux associés à la grossesse dans le cadre de l'Assurance Maternité, sous conditions d'être assuré social ou ayant droit d'un assuré, et d'avoir renvoyé le formulaire de déclaration de grossesse avant la 14^e semaine.

Sont alors pris en charge intégralement :

- les frais médicaux et de pharmacie relatifs à la grossesse à partir du 6^e mois et jusqu'au 12^e jour post-partum (y compris soins à domicile) ;
- un entretien prénatal précoce et de sept séances de PPN ;
- les frais d'accouchements et de séjour, dans la limite de 12 jours d'hospitalisation (régime Assurance Maladie au-delà), quel que soit le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne) ;
- le suivi post-natal jusqu'au 12^e jour après l'accouchement. ;
- deux séances post-natales (entre le 8^e jour suivant la naissance et l'examen post-natal) ;
- un examen post-natal (médecin ou sage-femme) dans les 8 semaines suivant la naissance ;
- dix séances de rééducation périnéales/abdominales ;
- un examen de santé du futur père (facultatif), avant la fin du 4^e mois.

L'assurée bénéficie également d'un congé maternité (dont la durée légale est fixée par le Code de la sécurité sociale et le code du travail) : 6 semaines avant et 10 semaines après la naissance pour un 1^{er} ou un 2^e enfant ; 8 avant et 18 après à partir du 3^e enfant.

Un congé paternité de 11 jours, consécutifs et maximum (18 si naissance multiple), est également prévu. Celui-ci doit débuter dans les 4 mois qui suivent la naissance, et s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés par le Code du travail en cas de naissance. L'employeur ne peut pas refuser d'accorder le congé de paternité, mais il doit en être informé au minimum un mois à l'avance.

4.2. Moyens en termes d'accès aux soins pour l'accompagnement du post-partum en France : ressources existantes

Le suivi des femmes peut s'appuyer sur des modes d'organisation divers, à condition de respecter un cahier des charges défini ci-après, garantissant efficacité et sécurité après la sortie de la maternité et, cela quelle que soit la durée de séjour.

L'organisation du suivi post-natal doit tenir compte des moyens disponibles localement. Ces recommandations ont pour but de définir un cadre suffisamment souple, dans lequel ces principes peuvent être respectés.

La désignation d'un **professionnel référent de suivi**, en charge de la surveillance médicale dans les premiers jours suivant la sortie, du repérage des situations à risque et de l'orientation de la femme vers d'autres professionnels en cas de complications, est importante pour permettre une organisation optimale des soins. Ce professionnel pivot peut être une sage-femme ou médecin (libéral, PMI, CPP). Il est de préférence choisi au préalable par la patiente. Si un suivi a été initié en anténatal avec une sage-femme ou un médecin, ce professionnel est à privilégier en post-natal.

Afin d'optimiser le travail des équipes de maternité, les parents devraient de plus être incités à participer, de manière active, au choix du professionnel de santé qui assurera le suivi post-natal de la mère et du nouveau-né. Si possible, ils pourront prendre eux-mêmes contact

avec lui, pour planifier le suivi des premiers jours suivant la sortie. Dans les autres cas, les équipes de la maternité devront se charger de planifier elles-mêmes le suivi avant la sortie. De manière générale, il revient aux équipes de la maternité de s'assurer qu'un premier rendez-vous avec un professionnel référent du suivi a bien été programmé avant d'autoriser le retour à domicile, particulièrement en cas de sortie précoce de la maternité : son nom et ses coordonnées, ainsi que la date du premier rendez-vous, doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme.

Dans la mesure du possible, le suivi post-natal à domicile est à privilégier. En plus de faciliter l'organisation des parents, il peut permettre d'évaluer plus facilement les besoins des familles, et d'ajuster au mieux le suivi. Le suivi à domicile peut cependant être chronophage pour un professionnel exerçant en parallèle en cabinet, et nécessite des adaptations en termes d'organisation, qui ne sont pas toujours possibles. Le suivi post-natal demande également une certaine réactivité en termes de prise de rendez-vous (consultation le lendemain ou le surlendemain de la sortie) : dans certaines régions, où les sages-femmes et/ou les médecins sont peu nombreux, cette contrainte pourrait être à l'origine de refus de prise en charge à domicile. Dans ces cas-là, la mise en place d'un suivi en cabinet est tout à fait pertinente.

Les différents intervenants pouvant être sollicités par le couple au cours du suivi post-partum sont les suivants : parmi eux, seuls les médecins et les sages-femmes peuvent assurer un suivi de la mère et de l'enfant durant les jours suivant le retour à domicile.

Médecin gynécologue obstétricien ou gynécologue médical :

- suivi médical de la mère ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance (prise en charge 100 %).

Médecin pédiatre :

- examen et suivi médical du nouveau-né. À noter une majoration forfaitaire des examens médicaux réalisés entre la sortie de maternité et le 28^e jour.

Médecin généraliste :

- suivi médical du nouveau-né : majoration de ces consultations (MNO), cumulable depuis le 7 juillet 2012 avec le forfait pédiatrique du médecin généraliste FPE pour les consultations effectuées dans les 8 jours suivant la naissance, 9-10^e mois, 24-25^e mois ;
- suivi médical de la mère (prise en charge à 100 % jusqu'au 12^e jour suivant la naissance) ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance (prise en charge 100 %).

Sage-femme :

- forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé pour la mère et pour l'enfant (pris en charge à 100 % au titre de l'Assurance Maternité) jusqu'à J6 inclus (J0 étant alors le jour de l'accouchement). Il existe une majoration des deux premières visites ;
- consultation mère et nouveau-né au-delà de J6 (J0 jour de l'accouchement) ;
- consultation post-natale dans les 8 semaines suivant la naissance ;
- séances de rééducation périnéales (10 séances prises en charge 100 %) ;
- deux séances de suivi post-natal au domicile ou au cabinet (du 8^e jour jusqu'à la consultation post-natale).

Les actes réalisés pour l'enfant par la sage-femme doivent spécifier la période durant laquelle ils peuvent être réalisés ainsi que le champ de compétence de celle-ci (ex. : suivi du nouveau-né jusqu'à 28 jours hors examen médical obligatoire).

NB : En cas de pathologie maternelle ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un

médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. » (Code de la Santé publique).

Centres de protection maternelle et infantile (PMI) :

- consultation mère et enfant, avec et sans rendez-vous et soutien social,
- accès à différents professionnels : médecins, sages-femmes, infirmiers, auxiliaire de puériculture, psychologue, assistant social, etc. ;
- prise en charge de l'ensemble des soins dispensés égale à 100 % ; financement par les conseils généraux.

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :

- accès à différents professionnels : médecins, sages-femmes, psychologues, conseillers conjugaux, etc. ;
- service non payant pour les mineurs et les non-assurés sociaux, et dispense d'avance de frais et de ticket modérateur.

Kinésithérapeutes :

- séances de rééducation périnéale et abdominale (sur prescription).

Infirmier diplômé d'État et infirmières puéricultrices diplômées d'État :

- soins infirmiers pour la mère et l'enfant (sur prescription).
- suivi du nouveau-né (puéricultrices) en collaboration, avec une sage-femme ou un médecin.

Associations d'usagers (allaitement et parentalité) :

La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) (<http://www.coordination-allaitement.org/index.php>) recense une liste des différentes associations d'usagers et professionnels actives.

Parmi d'autres : les membres de *la lecheleague* assurent une permanence téléphonique, dispensent des informations en ligne à l'attention des parents et des professionnels, et organisent des réunions gratuites dans chaque département, animées par des bénévoles (coordonnées de chaque association sur le site internet <http://www.lllfrance.org/>) ;

L'association « Solidarilait », qui assure une écoute téléphonique 7 j/7, et organise régulièrement des réunions de parents et futurs parents.

L'association « Maman Blues » (<http://www.maman-blues.fr/>) ou des usagers et professionnels animent des forums et des groupes de paroles pour les mères et couples en difficulté.

Dans certaines situations spécifiques, les professionnels suivants peuvent également participer à la prise en charge de la mère et du nouveau-né en post-partum :

- **Psychologues** : libéral ou salarié de la maternité du lieu d'accouchement (préférable si déjà connu par la mère ou le couple en anténatal) ou de centre médico-psychologique.
- **Techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF).**
- **Aide-ménagère.**

4.3. Recommandations sur l'organisation du suivi en post-partum

L'importance d'informer la mère et le couple sur le rôle des différents professionnels qu'ils peuvent être amenés à rencontrer est rappelée, ainsi que l'existence d'associations.

Afin d'assurer une continuité des soins et dans un souci de sécurité, il est recommandé d'établir une feuille de liaison maternité/professionnel référent du suivi sur laquelle seront

notifiés les éléments médicaux et non médicaux nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né.

Une copie de cette feuille de liaison devrait être gardée dans le dossier médical de la mère (traçabilité de l'information). L'autre copie serait remise à la patiente avant la sortie pour transmission au professionnel référent du suivi choisi.

La création d'une feuille « retour » vers la maternité ou le réseau de périnatalité ville-hôpital peut être prévue, afin que chaque service puisse évaluer ses pratiques.

En cas de complication maternelle ou néonatale survenant après la sortie de la maternité, une hospitalisation de la mère **conjointement** avec son nouveau-né doit être prévue, afin de limiter la séparation mère-enfant et de favoriser notamment, si il y a lieu, la poursuite de l'allaitement maternel.

L'identification d'un « référent de maternité » au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice, etc.) permettrait de répondre le cas échéant aux demandes d'information et d'avis du professionnel référent du suivi assurant l'accompagnement en post-partum concernant la mère et l'enfant. La mise en place d'un numéro direct (inscrit sur la feuille de liaison maternité/ville) accessible au référent du suivi 24 h/24 devrait être envisagée, afin que celui-ci puisse accéder à des informations complémentaires relatives à la mère ou à l'enfant et, si nécessaire, faciliter l'organisation de leur réhospitalisation.

► **Recommandations sur les outils à développer**

Afin d'améliorer le parcours de soins des femmes après la sortie de la maternité, plusieurs outils devraient être utilisés, notamment :

- Identification d'un référent de maternité et de contacts téléphoniques en maternité (numéro direct 7J/7) pour chaque femme et nouveau-né, afin que le professionnel de ville puisse l'appeler si nécessaire (procédure de réorientation, demande d'information, etc.).

- Fiche de liaison maternité/ville (cf. « Exemple » en annexe 2 du texte court des recommandations) facilitant la circulation de l'information entre les deux parties : transmise à la patiente à sa sortie de la maternité, elle mentionne les données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né. Une copie est à conserver dans le dossier médical de la mère.

- Compte-rendu du suivi en post-partum immédiat (cf. « Exemple » en annexe 3 du texte court des recommandations) permettant le retour d'informations vers l'établissement (même en l'absence de complications survenues en post-natal), afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de renforcer la collaboration ville-hôpital.

- Conventions locales permettant la réhospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né ; en cas de réhospitalisation de la mère, l'accueil du nouveau-né doit être organisé.

► **Recommandations sur l'implication de la patiente et du couple**

L'implication et la participation active des parents dans l'organisation de la sortie de la maternité (recherche durant la période anténatale d'un professionnel référent du suivi après l'accouchement et planification des rendez-vous avec lui) est à privilégier, ceci d'autant plus que l'on se situe dans un contexte de bas risque.

4.4. Cahier des charges pour le suivi de la mère et de l'enfant

Le suivi post-partum après la sortie de la maternité concerne la mère et l'enfant.

La date de la première visite médicale doit être fixée avant la sortie de la maternité, quelle que soit la durée de séjour. Le suivi doit pouvoir être assuré 7 jours sur 7, particulièrement en cas de sortie précoce de la maternité.

4.4.1. Cahier des charges pour la mère et l'enfant

Sortie après une durée de séjour standard

Deux visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié.

1^{re} visite : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie, et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.

2^e visite : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

Sortie précoce de la maternité

Deux à trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié.

1^{re} visite : elle est systématique, et doit être réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée.

2^e visite : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

3^e visite : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

D'autres visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

4.5. Exemples de prise en charge post-partum de la mère et de l'enfant en France

4.5.1. Suivi à domicile par une sage-femme libérale

► Exemple d'une initiative nationale : le programme d'accompagnement du retour à domicile « PRADO » de l'Assurance Maladie

Le dispositif s'appuie sur un mode de prise en charge déjà existant : le suivi libéral post-natal à domicile par des sages-femmes, préalablement reconnu et valorisé par la Nomenclature générale des actes professionnels de 2001.

Cette offre d'accompagnement du retour à domicile des couples mère-enfant consiste en une rencontre à la maternité de la mère et d'un conseiller (agent administratif) de l'Assurance Maladie (AM), afin de lui proposer deux visites à domicile d'une sage-femme libérale après la sortie. Il est actuellement proposé dans 279 maternités (mi-juin 2013).

L'intervention du conseiller de l'AM se réduit donc à un rôle de « facilitateur », chargé de faire la liaison entre les parents et une sage-femme libérale assurant déjà des suivis de post-

partum à domicile. Il organise le premier rendez-vous entre la mère et la sage-femme libérale de son choix, et s'assure de sa réalisation.

La tarification des visites reste identique, qu'il s'agisse d'un suivi à domicile dans le cadre du PRADO ou hors PRADO. Le PRADO se distingue donc des visites classiques, par l'unique fait qu'un agent de la CPAM organise le premier rendez-vous avec la sage-femme avant la sortie de la maternité.

Dès la déclaration de grossesse, le PRADO est présenté dans le guide maternité remis aux assurées, et celles-ci ont la possibilité de se préinscrire *via* leur compte assuré.

Le programme est réservé aux couples mère-enfant à bas risque qui le souhaitent, qui répondent à des critères de sélection définis par l'AM, et qui bénéficient d'un séjour d'au moins 48 heures après un accouchement par voie basse. À noter que c'est l'équipe médicale des établissements qui identifie les patientes éligibles (et non le conseiller administratif de l'AM). En mars 2013, la grille de sélection des couples mère-enfants éligibles au programme PRADO était la suivante.

Tableau 9. Critères d'éligibilité au programme PRADO définis par l'Assurance Maladie (durées de séjour de 3 jours ou plus en maternité après un accouchement) (France).

Mère	Accouchement	Nouveau-né
Âgée d'au moins 18 ans. Absence de handicap psychique. Absence de comorbidités. Absence de complications.	Accouchement par voie basse.	Naissance d'un seul enfant (pas de naissances multiples). Né à terme (37-42 SA) dont le poids correspond à l'âge gestationnel. Nouveau-né n'ayant pas besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier. Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis).

Après réception des grilles d'éligibilité, le conseiller de l'AM rencontre la patiente, lui explique le fonctionnement du programme et lui propose une liste de sages-femmes en fonction du lieu de son domicile. Si la patiente était déjà suivie par une sage-femme en anténatal, la femme peut fournir ses coordonnées au conseiller. C'est également le conseiller qui doit s'assurer des disponibilités de la sage-femme.

Deux visites à domicile sont actuellement prévues. La première le lendemain de la sortie de maternité, la deuxième à 24 ou 48 heures après la première visite, à l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Si lors de ces deux visites aucune anomalie n'est repérée, ni chez la mère, ni chez le nouveau-né, les visites dans le cadre du programme s'arrêtent. Des visites supplémentaires peuvent être programmées selon l'évaluation de la sage-femme et les besoins des parents.

À ce jour, le programme PRADO, réservé initialement aux patientes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, a récemment été ouvert aux assurées de la CCMSA, de la Caisse nationale du RSI et des vingt-quatre mutuelles de fonctionnaires.

La mise en place du programme avait soulevé de nombreux questionnements parmi les professionnels de la périnatalité, notamment sur la faisabilité d'un tel suivi si il devait être étendu à l'ensemble des femmes éligibles, du fait de la répartition inégale des sages-femmes libérales sur le territoire national.

D'autres critiques, principalement d'ordre organisationnel, avaient également été émises :

- concernant l'organisation du PRADO :

- absence de concertation systématique avec les systèmes de prise en charge des mères et nouveau-nés existants (notamment les réseaux de santé périnataux), et mise en place ne tenant pas toujours compte de la démographie médicale existante ;
- continuité des soins non organisée, dépendant des disponibilités des sages-femmes et du passage du conseiller de l'AM (qui ne passe pas le week-end ou les jours fériés par exemple) ;
- ne concerne que les sorties de maternité en post-partum physiologique après des séjours en maternité d'au moins 48 heures (et donc exclue les patientes ayant accouché par césarienne et les sorties précoces à domicile sur la cible actuelle).
- concernant le suivi dans le cadre du PRADO :
 - absence de transmission systématique du dossier médical à la sage-femme libérale responsable du suivi (pas de fiche de liaison type distribuée par l'AM) ;
 - manque de continuité possible dans la prise en charge : la sage-femme proposée par le conseiller de l'AM peut être différente de celle connue par la femme en anténatal.
- concernant le suivi à domicile, de manière plus générale :
 - réhospitalisation de la mère avec son enfant non prévue ;
 - rémunération faiblement valorisée des sages-femmes (tarif de la consultation/temps passé au domicile).

Une étude, menée par un syndicat professionnel de sages-femmes auprès de ses adhérents en septembre 2012, confirme ainsi que, parmi les difficultés exprimées par les sages-femmes participant ou souhaitant participer au PRADO, l'absence de dossier médical était citée en premier lieu (plus de 50 % des sages-femmes), juste avant le morcellement des prises en charge (absence de lien anténatal entre les patientes et les sages-femmes libérales) (un peu moins de 50 % des sages-femmes). Les réhospitalisations représentaient une difficulté pour 3,2 % des professionnels, et seuls 16,8 % n'exprimaient aucune difficulté d'exercice. Au total, 21 % des sages-femmes ayant participé à l'enquête manqueraient également de disponibilités pour assurer des suivis dans le cadre du PRADO.

Une enquête réalisée par la Fédération hospitalière de France (sur la période de novembre 2012) auprès de soixante-dix-neuf maternités, met en évidence que le programme PRADO présente, du point de vue des établissements, un intérêt pour 81 % des jeunes mères, et que 86 % des maternités pensent que l'organisation du dispositif est satisfaisante.

En 2013, un Comité de suivi biannuel a été mis en place, rassemblant représentants des professionnels de santé (UNPS), fédérations hospitalières, associations de patients, HAS, MSA, RSI et sociétés savantes de périnatalité.

Une évaluation du programme PRADO menée par l'Assurance Maladie en novembre 2012 rapporte que, fin 2012, l'offre du service PRADO était proposée dans cent quatre-vingts établissements (quatre-vingt-deux départements), couvrant ainsi plus de 34 % des accouchements à bas risque en France (métropole et DOM).

Depuis janvier 2010 (début du programme), 23 000 femmes ont adhéré au programme (taux d'adhésion de 74 %), majoritairement des primipares (59 %). Douze jours après leur accouchement, 91 % des femmes participantes recontactées par leur caisse d'AM se disaient très satisfaites du service. À noter que 38 % des mères, ayant adhéré au programme, connaissaient déjà leur sage-femme. Le nombre moyen de visites par une sage-femme après la sortie était de 2 (49 % des femmes), mais 33 % des participantes n'avaient reçu qu'une seule visite.

La mise en place du PRADO n'avait pas eu d'impact sur la durée moyenne de séjour après l'accouchement dans les établissements concernés. Les taux de réhospitalisations des mères participant au PRADO étaient faibles (0,14 % à 0,16 %), comparables à la moyenne nationale en 2011. Le recours aux consultations libérales ou aux services d'urgence n'avait pas été évalué, mais l'AM rapportait que la mise en place du PRADO n'avait pas eu d'influence sur l'activité des gynécologues, pédiatres et médecins généralistes libéraux.

Au 6 juin 2013, 80 807 femmes ont adhéré au programme, sur les 104 279 auxquelles il a été proposé.

► Exemple d'initiatives locales

Metz : hôpital-clinique Claude Bernard (*Établissement privé de niveau 2 avec 2 342 accouchements en 2009*)

Dans cet établissement, un projet a été débuté en juin 2005, pour encadrer le retour à domicile des mères qui souhaiteraient sortir tôt de la maternité, et améliorer ainsi les flux de patients du service de maternité.

Deux types de sorties sont proposées : une sortie précoce, dans les 48 heures suivant la naissance et des sorties « accompagnées » après au moins 2 jours d'hospitalisation en maternité. Une convention a été établie entre la maternité et des sages-femmes libérales (34 à ce jour), permettant de couvrir l'ensemble du territoire Nord (départements 57, 54, 55). Ces dernières sont organisées pour assurer une continuité des soins, y compris les week-ends.

Les patientes sont informées des possibilités de sorties précoces ou accompagnées lors de la constitution du dossier de maternité au cours du 9^e mois et par les sages-femmes de préparation à la naissance. Des affiches sont également disponibles ainsi que des prospectus d'information (distribués lors de la constitution du dossier).

Toute sortie précoce à domicile intègre un protocole de repérage des mères et des nouveau-nés à risque : une grille d'éligibilité doit être remplie par la sage-femme, et/ou l'obstétricien et le pédiatre. Elles nécessitent également l'accord des parents. Un « contrat » signé par les parents est établi entre la mère et le service de maternité, précisant les conditions de la sortie. Le suivi à domicile par une sage-femme libérale est organisé avant la sortie, le premier rendez-vous étant fixé le jour-même du retour à domicile. Un rendez-vous à J8 avec un pédiatre doit également être pris.

Les informations médicales nécessaires au suivi sont transmises aux sages-femmes *via* la patiente (compte-rendu d'accouchement, feuille de liaison, etc.). La maternité s'engage également à transmettre aux sages-femmes des résultats de bilans biologiques pathologiques qu'elle reçoit. La fiche de liaison est chaque fois renvoyée à la maternité, qui peut ainsi mettre en place des indicateurs relatifs au suivi (87 % de retour).

En cas de sortie « accompagnée », l'éligibilité des couples mère-enfants est laissée à l'appréciation des professionnels, et les parents sont également mis en relation avec la sage-femme, et la fiche de liaison est établie.

Après évaluation, les cadres de maternités rapportaient très peu de demandes exprimées ou ressenties de véritables sorties précoces (14 courant de l'année 2010), en comparaison avec les sorties « accompagnées », dont le nombre augmente régulièrement depuis 2005 (145 en 2005, 475 en 2007, 606 en 2009 et 652 en 2010). Les principales difficultés perçues étaient les suivantes : contraintes pédiatriques fortes (mères de rhésus négatif, bilans biologiques et mères porteuses de streptocoque B, prise de poids, etc.), démarches chronophages, nécessité d'un nombre de personnels formés suffisant, nécessité de créer des outils de transmission (fiches de liaisons), nécessité d'un réseau ville-hôpital très structuré.

Du fait du faible nombre de sorties précoces, la durée moyenne de séjour dans l'établissement restait en 2010 aux alentours de 3,9 jours après un accouchement par voie basse.

Lille : CHRU Jeanne de Flandre (cf. Annexe 3) (*Établissement public de niveau 3, 5312 accouchements en 2009*)

Un programme d'accompagnement des femmes à la sortie de la maternité a été mis en place dans cet établissement en juin 2012. Il vise à assurer un suivi médical de la mère et du nouveau-né pour les patientes sorties précocement.

Les sorties précoces de la maternité concernent uniquement des femmes multipares hospitalisées au moins deux nuits en maternité, et s'inscrivent dans le cadre du projet de

naissance du couple, qui est informé de cette possibilité lors des consultations prénatales ou de la PPN. Une lettre d'information est également remise aux patientes susceptibles de bénéficier du programme.

La sortie des femmes répondant aux critères d'éligibilités est prévue le matin du 2^e jour pour les femmes ayant accouché avant 12 h, et l'après-midi pour celles ayant accouché après 12 h, afin de conserver une durée suffisante de séjour à la maternité, utile à la surveillance de la mère et de l'enfant.

La sortie précoce de la maternité doit être autorisée par le pédiatre et la sage-femme (ou l'obstétricien). L'équipe de maternité (sage-femme, interne ou médecin du service) est chargée de fixer le premier rendez-vous avec une des sages-femmes libérale ayant signé une convention avec l'établissement. Des documents de liaison maternité/sage-femme libérale sont également prévus : fiche médicale de suivi, carton nécessaire au dépistage néonatal. Le consentement des parents est recueilli, et ceux-ci se voient remettre une feuille d'information comportant les coordonnées des professionnels à joindre en cas de problème 24 h/24. En cas de complications, les réhospitalisations de l'enfant **avec** sa mère dans l'établissement sont prévues.

Actuellement (février 213), seize sages-femmes des environs de Lille ont signé la convention, et le cahier des charge est bien respecté à la fois par la maternité et par les libéraux. Environ 20 % des femmes accouchant dans l'établissement seraient concernées par le projet.

Au total, 320 sorties précoces de la maternité ont été enregistrées entre 2012 et 2012 : aucun incident n'a été recensé et aucune mère ou nouveau-né n'a dû être réhospitalisé.

Entre septembre et décembre 2012, parmi l'ensemble des femmes éligibles à un retour précoce à domicile, 34 à 42 % des femmes avaient refusé de participer au programme et, 14 à 19 % d'entre elles (ou leur nouveau-né) avaient présenté des contre-indications médicales au retour durant le séjour. Moins de 3 % des sorties précoces avaient été annulées par manque de disponibilité des sages-femmes.

Une analyse plus précise de ces données ainsi qu'une enquête de satisfaction menée auprès des patientes sont actuellement en cours.

5. Freins et leviers organisationnels potentiels au suivi post-partum des femmes après la sortie de la maternité

5.1. Réseaux de santé en périnatalité : coordination des soins et continuité du suivi

Les réseaux de santé en périnatalité se sont mis en place de façon progressive, tout d'abord de façon expérimentale depuis le début des années 2000, puis dans le cadre du cahier des charges édité par la circulaire de mars 06, pour couvrir l'ensemble du territoire français en 2009. Ils s'inscrivent dans des échelles différentes (régional, infrarégional ou local avec les communautés périnatales), et présentent des modes de fonctionnement variables

En 2010, presque tous les établissements (98 %) étaient membres d'un réseau de santé formalisé en périnatalité, le plus souvent de type régional, départemental ou de bassin de vie, contre 92 % en 2003 (données des Enquêtes nationales périnatales) (19).

Ces réseaux joueraient un rôle important dans la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité et l'organisation de ce retour à domicile dans des conditions optimales pour la mère et l'enfant (soutien et sécurité).

Une bonne coordination et organisation des liens entre les services hospitaliers et ceux de ville paraît en effet indispensable à une bonne continuité des soins et au bon fonctionnement d'un programme de prise en charge des femmes à domicile. Ces réseaux paraissent d'ailleurs les plus à même de connaître les spécificités de leur territoire et communauté (type et effectifs des professionnels libéraux, localisation, établissements hospitaliers, CPP, PMI), et donc à assurer une bonne cohésion des liens entre les acteurs de soin.

La circulaire du 30 mars 2006, relative au « cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité », rappelait ainsi les principales missions des réseaux de proximité en périnatalité :

- permettre une prise en charge globale (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psycho-social et social si nécessaire et en lien avec les services sociaux de proximité) ;
- assurer une prise en charge continue quel que soit le lieu de prise en charge (pas de rupture hôpital/domicile) ;
- favoriser par conséquent les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers ;
- informer et accompagner les futurs parents ;
- assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués ;
- organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) ;
- évaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau ;
- recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Les sages-femmes libérales d'Île-de-France interrogées par A. Battut (44) qui réalisaient des visites post-natales à domicile estimaient d'ailleurs qu'il était important pour elles de connaître les équipes hospitalières, afin d'instaurer une relation de confiance entre les intervenants, d'améliorer le parcours de soin, et d'assurer une cohérence du discours et des pratiques ainsi qu'une bonne circulation de l'information.

5.2. Démographie médicale

L'inégale répartition des acteurs de soin en périnatalité (cf. Document « Éléments de chiffrage et analyses des données du PMSI ») entraîne des difficultés dans certaines régions moins favorisées, où les recommandations proposées pourraient avoir du mal à être appliquées (manque de disponibilité des sages-femmes et/ou médecins pour assurer le suivi recommandé de l'ensemble des femmes à la sortie de la maternité).

5.2.1. Gynécologues obstétriciens

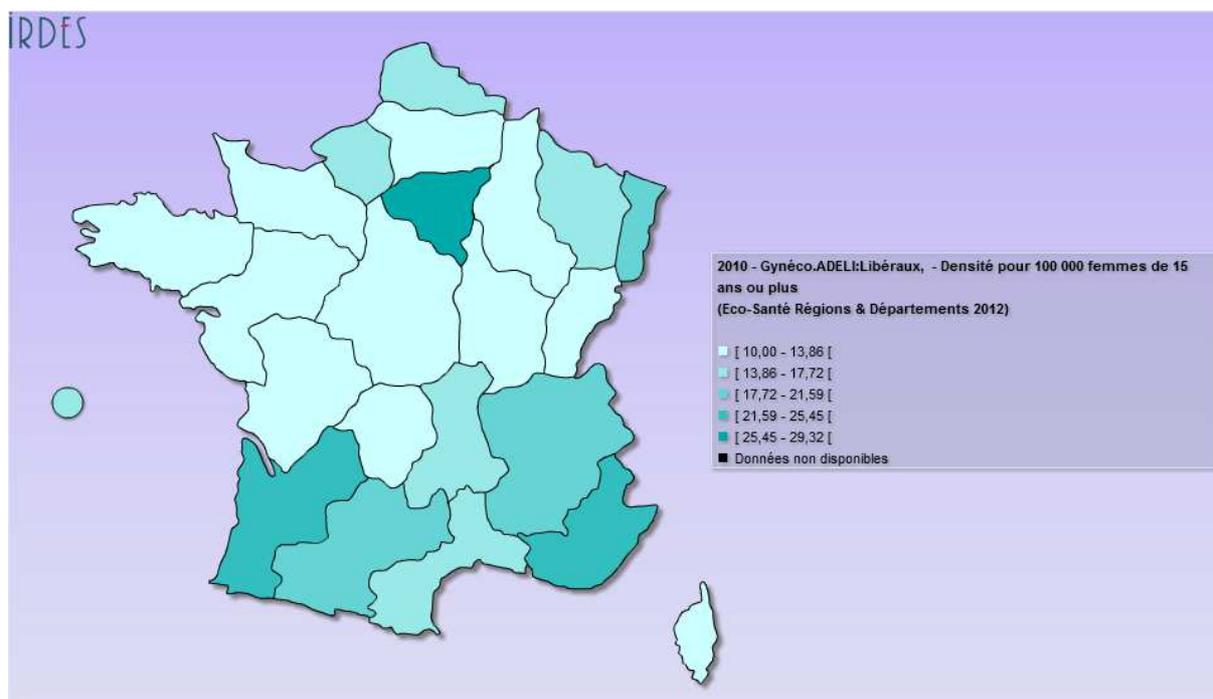


Figure 1 – Répartition des effectifs des gynécologues et obstétriciens libéraux par région (densité pour 100 000 femmes de 15 ans et plus) ; Source : www.ecosante.fr ; données : DREES, 2010.

Les gynécologues et obstétriciens exerçant en libéral sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire national (données Écosanté de 2010, carte ci-dessus). Les effectifs se concentrent dans les régions Île-de-France (29,3 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus), PACA (23,9/100 000) et Aquitaine (21,8/100 000) (moyenne nationale 18,8/100 000 femmes de 15 ans et plus). Trois régions apparaissent moins dotées en gynécologues obstétriciens libéraux : le Limousin (10/100 000 femmes de 15 ans et plus), la Franche-Comté (10,2/100 000) et la Picardie (10,7/100 000).

Il existe également des variations notables au niveau régional. L'Île-de-France en est un parfait exemple : de 57,2 et 28,7 praticiens pour 100 000 femmes de 15 ans et plus à Paris et dans les Hauts-de-Seine, à 17,0 et 15,3 praticiens en Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne.

Les temps d'accès à ces professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers) varient également en fonction des régions (figures ci-après).

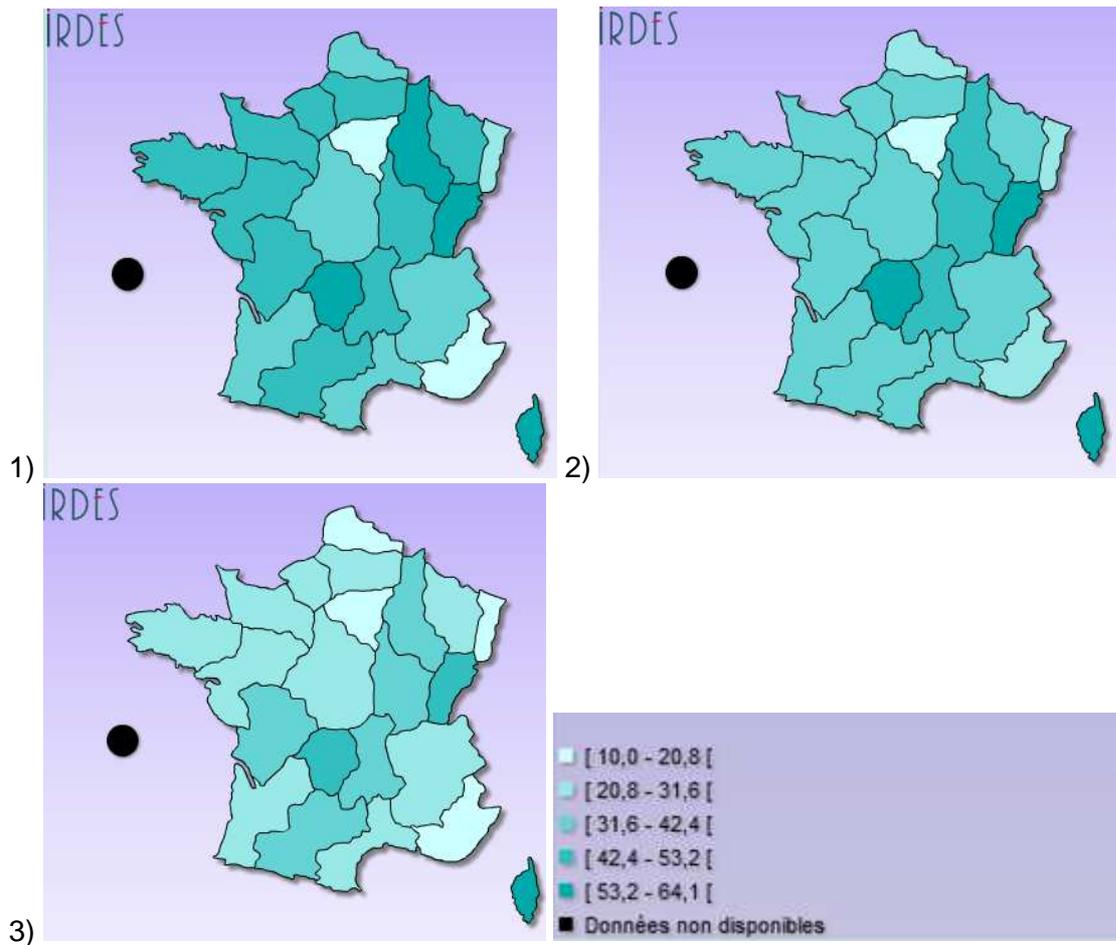


Figure 2 – Temps d'accès à un gynécologue obstétricien (libéral ou hospitalier) par région (en minutes) pour 50 % (1), 75 % (2) et 90 % (3) de la population. Source : www.ecosante.fr ; données : DREES, 2010.

5.2.2. Pédiatres libéraux

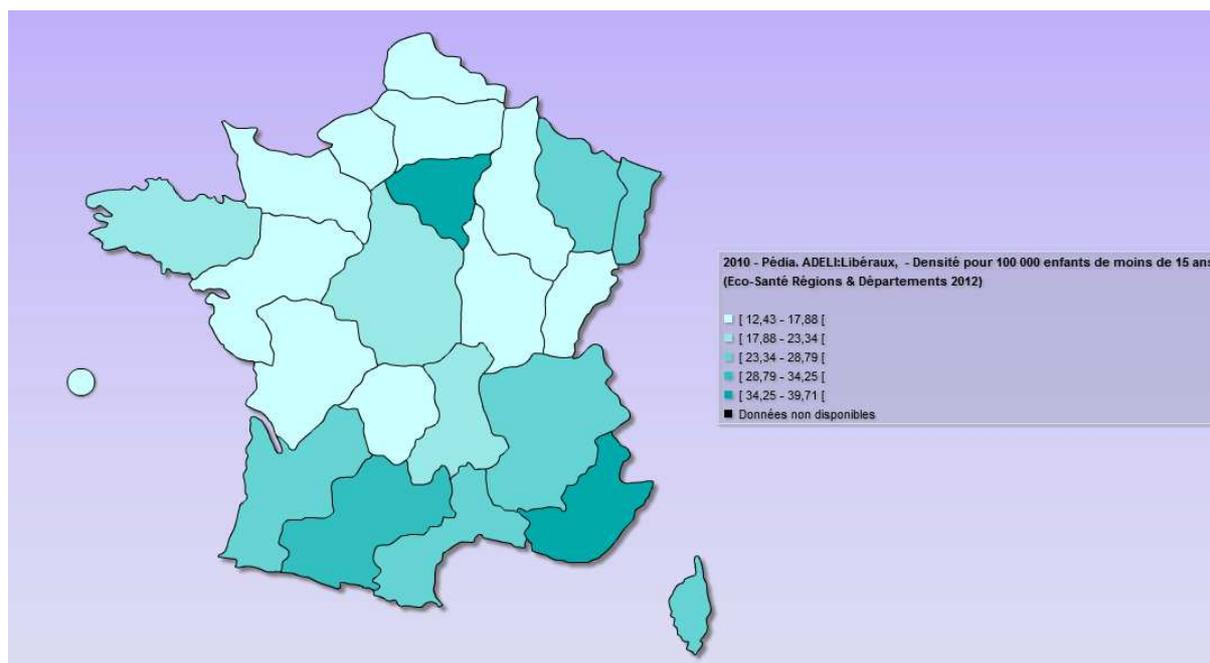


Figure 3 – Répartition des effectifs des pédiatres libéraux par région (densité pour 1 000 000 enfants de moins de 15 ans) ; Source : www.ecosante.fr ; données : DREES, 2010.

Les pédiatres libéraux sont eux aussi inégalement répartis sur l'ensemble du territoire national (données Écosanté, carte ci-dessus).

De même que pour les gynécologues et obstétriciens, les deux régions les mieux dotées en pédiatres libéraux sont l'Île-de-France (39,3 praticiens/100 000 enfants de moins de 15 ans) et la région PACA (39,7/100 000) (moyenne nationale 25,30 praticiens/100 000 enfants de moins de 15 ans). Le Nord-Pas-de-Calais reste la région la moins dotée en pédiatres libéraux (12,4/100 000).

Les inégalités restent également marquées au sein de chaque région. En Île-de-France, 90 libéraux/100 000 enfants de moins de 15 ans sont recensés à Paris contre 19,4/100 000 dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Une étude, menée au printemps 2004 auprès de 99 pédiatres libéraux d'Île-de-France tirés au sort, révèle que le délai moyen d'attente d'un rendez-vous était de 4,4 jours, et que 89 % des pédiatres étaient en mesure de proposer aux parents une consultation (45).

Ce délai ne paraît pas compatible avec une prise en charge rapide du nouveau-né, nécessaire à la détection de complications pouvant survenir les premiers jours après la sortie (suivi de l'allaitement, prise de poids, ictère). Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à l'ensemble de la France métropolitaine, l'Île-de-France étant une région où le nombre de pédiatres par enfant de moins de 15 ans est élevé. Ils sont de plus à interpréter avec précaution, l'étude ayant été réalisée à une période de l'année a priori des plus favorable à la gestion facile des rendez-vous (absence d'épidémies). Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous pourraient donc être plus longs en province que ceux retrouvés par les auteurs. En conclusion de cette étude, les pédiatres libéraux ne paraissent pas pouvoir assurer le suivi d'un grand nombre de nouveau-nés bénéficiant d'un retour précoce à domicile en Île-de-France.

Les temps d'accès à ces professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers) sont également variables entre les régions (figures ci-après).

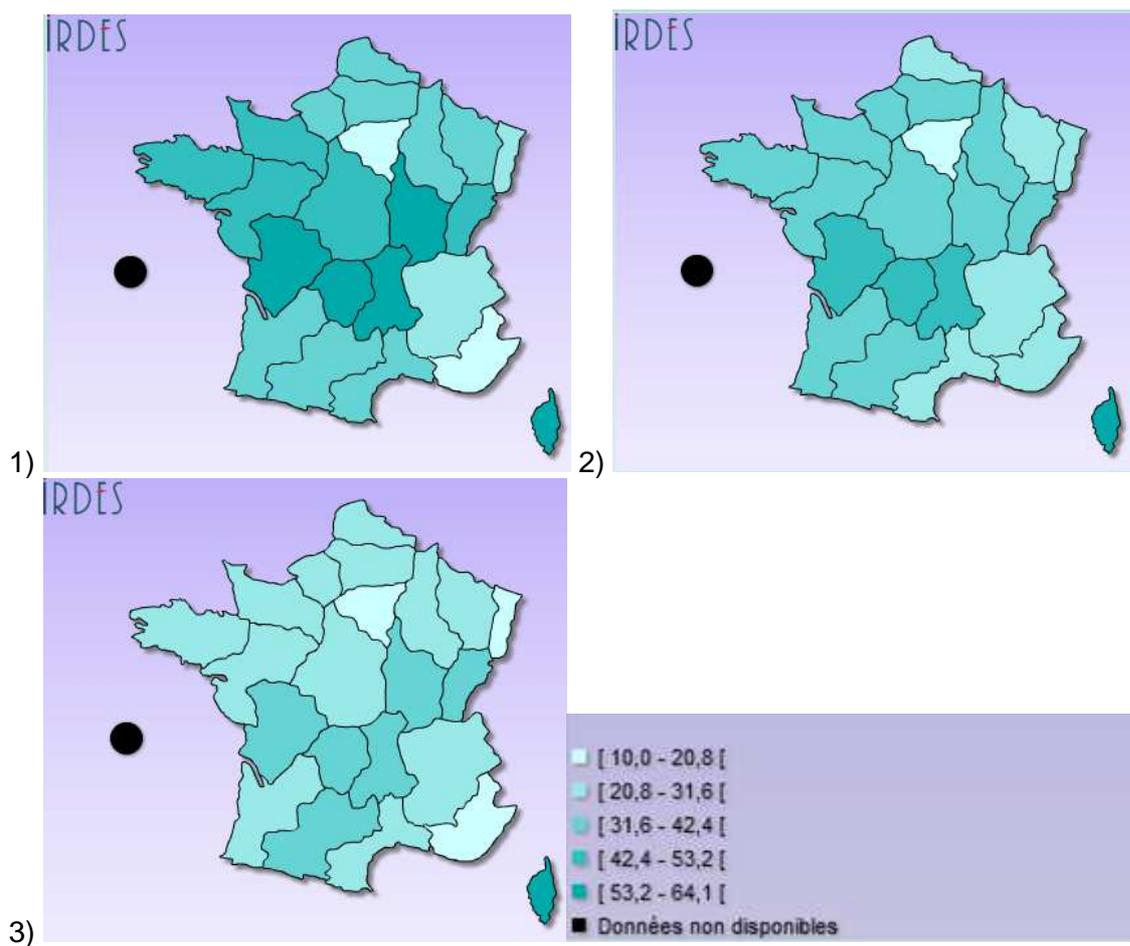


Figure 4 – Temps d'accès à un pédiatre (libéral ou hospitalier) par région (en minutes) pour 50 % (1), 75 % (2) et 90 % (3) de la population. Source : www.ecosante.fr ; données : DREES, 2010.

5.2.3. Médecins généralistes

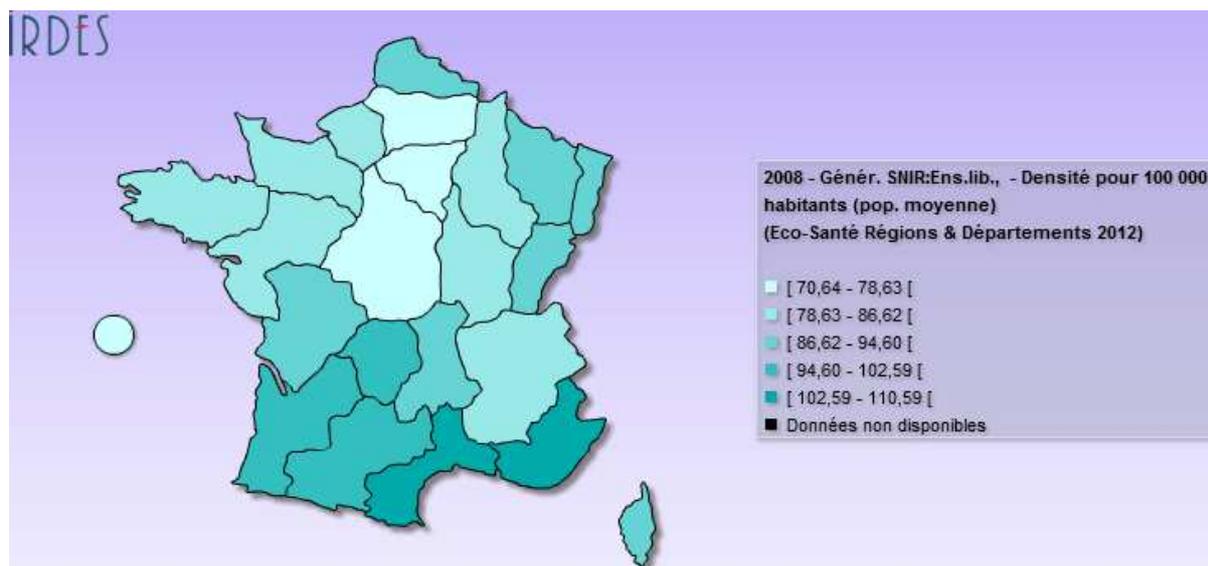


Figure 5 – Répartition des effectifs des médecins généralistes libéraux par région (densité pour 1 000 000 habitants) ; Source : www.ecosante.fr ; données : SNIR, Cnamts 2008.

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire.

À la différence des spécialistes gynécologues et pédiatres, la région Île-de-France reste celle où le nombre de généralistes pour 100 000 habitants est le plus faible (70,6 praticiens/100 000 habitants), et bien inférieur à la moyenne nationale (86,33 praticiens pour 100 000 habitants). Le pourtour méditerranéen (Languedoc, PACA) reste bien doté (plus de 100 médecins/100 000 habitants).

Au niveau local les inégalités peuvent être notables, comparables à celles observées pour les médecins spécialistes pédiatres et obstétriciens. Par exemple, en Île-de-France, 86,6 médecins généralistes/100 000 habitants à Paris, contre 59,5/100 000 habitants en Seine-Saint-Denis.

5.2.4. Sages-femmes

En 2011, 18 766 sages-femmes étaient répertoriées en France métropolitaine et dans les DOM-TOM, majoritairement salariées (hospitalières et non hospitalières) (82 %). Au total, 14 % d'entre elles exerçaient exclusivement en libéral (46). La généralisation d'un suivi à domicile pourrait s'avérer difficile dans certaines régions, notamment en raison du nombre plus limité de sages-femmes et de la charge de travail supplémentaire qui serait engendrée par un accompagnement de la majorité (toutes) des femmes sortant de maternité. Les inégalités de répartition sont en effet marquées dans le secteur libéral, avec des écarts de densité régionale variant de 1 à 4 (voir Figure 6).

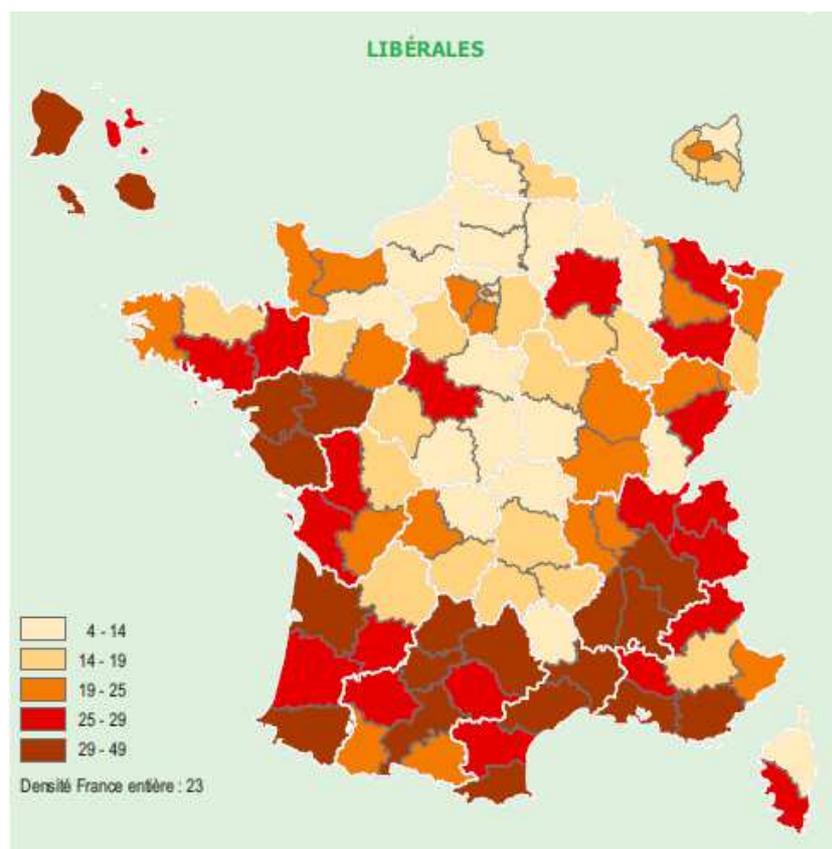


Figure 6 – Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (d'après DREES, 2012).

Dans ce même rapport, la DREES souligne que le nombre de sages-femmes libérales devrait augmenter d'ici 2030, d'environ 5,6 % par an, en raison d'un faible dynamisme de l'emploi salarié les contraignant à reporter leur activité sur l'exercice libéral. La prévision annoncée est la suivante : « En 2030, une sage-femme sur trois exercerait en libéral ».

NB : les données Écosanté ne sont pas présentées, car difficilement interprétables, les effectifs de sages-femmes étant donnés pour 100 000 **personnes** (pas uniquement femmes).

5.2.5. Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Dans son rapport de février 2012, la Cour des comptes alertait sur la couverture inégale du territoire par les Services de Protection Maternelle et Infantile (47).

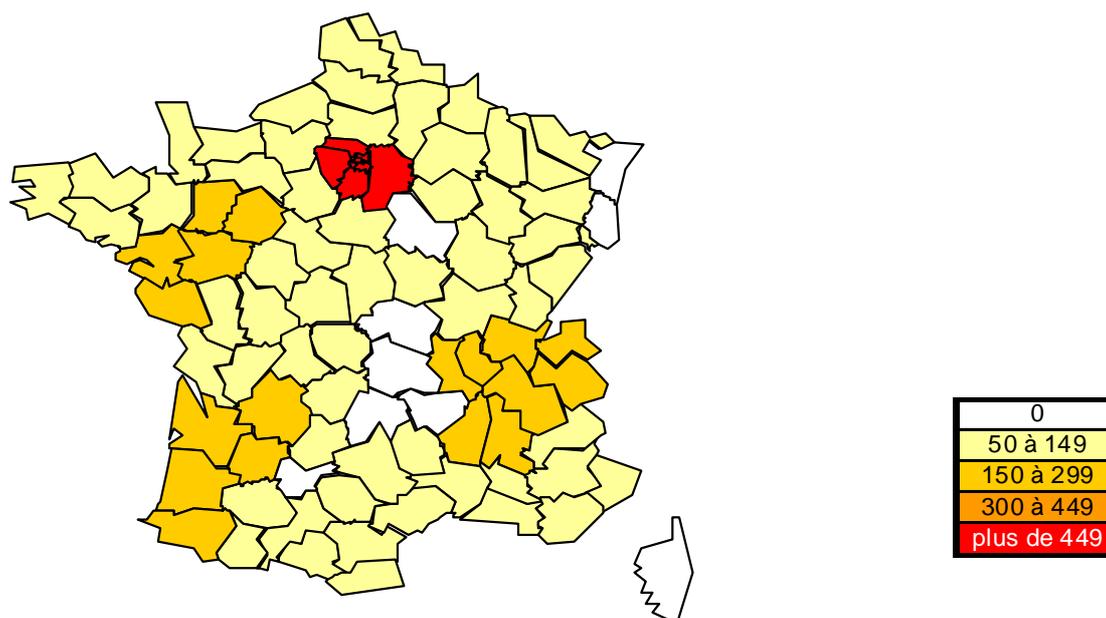


Figure 7 – Répartition des centres de PMI sur le territoire (par région) : source ÉCOSANTÉ.

D'après une étude de 2006, reprise par la Cour des comptes, douze départements ne satisfaisaient pas aux normes pour ce qui concernait le nombre de sages-femmes minimum (fixé par des textes), bien que tous les respectaient ou les dépassaient s'agissant des puéricultrices. Il était également noté des écarts importants : de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices. Enfin, en l'absence de norme pour les médecins, les disparités étaient également importantes : on comptait 66 médecins (en ETP) pour 100 000 naissances dans le Finistère contre 980 en Seine-Seine-Denis, soit un rapport de 1 à 15.

Il était conclu que ces différences restaient considérables, même si elles tenaient pour partie au fait que la protection maternelle et infantile complétait désormais une offre de soins libérale inégalement répartie et plus ou moins accessible selon les territoires.

L'étude, menée par Assathiany (45), rapporte de plus que, parmi 55 centres de PMI contactés en Île-de-France, seulement 59 % des centres étaient en mesure de proposer un rendez-vous, avec un délai moyen d'attente de 18 jours ! Selon les résultats de cette étude, les centres de PMI ne paraissent donc pas pouvoir assurer le suivi d'un grand nombre de nouveau-nés bénéficiant d'un retour précoce à domicile dans cette région.

5.2.6. Infirmiers libéraux

La répartition des infirmiers libéraux sur le territoire était inégale en France métropolitaine. En 2011, les régions du pourtour méditerranéen étaient les mieux dotées (PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées), comparativement aux régions de la partie Nord du territoire.

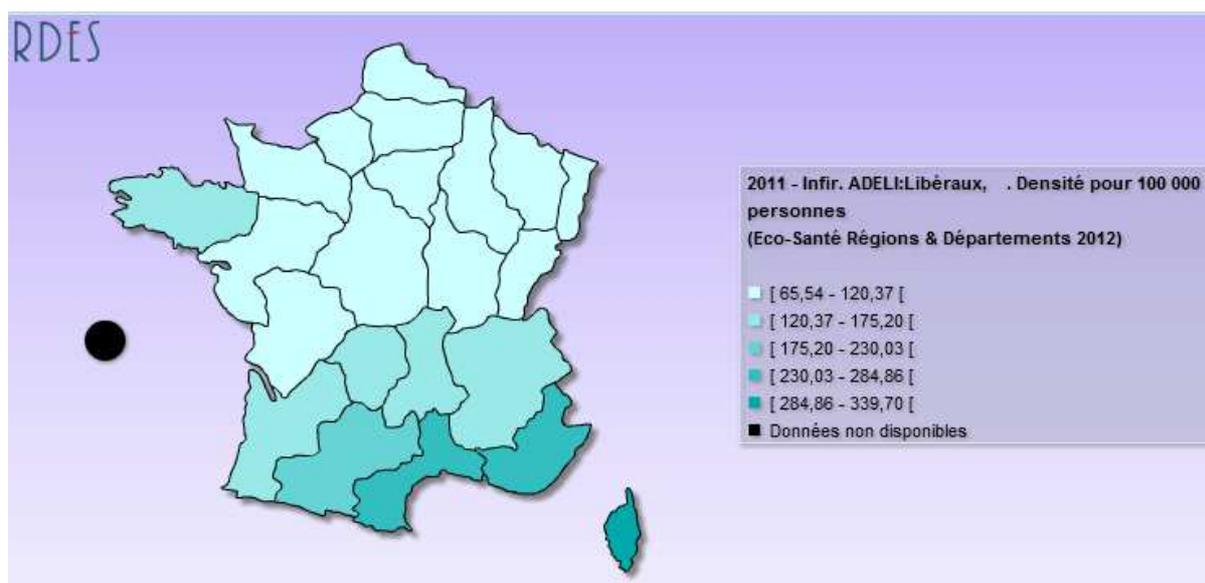


Figure 8 – Répartition des effectifs d’infirmiers libéraux par région (densité pour 1 000 000 personnes) ; Source : www.ecosante.fr ; données : DREES, 2011.

5.3. Activité des sages-femmes et rémunération des visites à domicile

Pour beaucoup de sages-femmes, l’activité en cabinet serait plus attractive que l’activité à domicile, cette dernière étant associée avec des contraintes organisationnelles fortes, par :

- délais de prise en charge courts (visite le lendemain de la sortie le plus souvent) ;
- activité à organiser le week-end et les jours fériés ;
- déplacement au domicile de la patiente : pouvant être perçu comme une source de fatigue et une perte de temps, face au rapport rémunération/temps de trajet. Dans une étude menée auprès de onze sages-femmes libérales d’Île-de-France en 2007 (44), un gain de 3,81 € était ainsi évalué pour 30 à 60 min pour un trajet aller-retour (4 € en 2012 en tenant compte de la revalorisation de l’IFD).

Simulant deux journées type d’une sage-femme libérale, l’une exerçant uniquement en cabinet, l’autre à domicile, A. Battut retrouvait ainsi que les honoraires mensuels de l’activité exclusive en cabinet étaient en moyenne 1,5 fois supérieurs, à temps de travail égal, par rapport à l’activité à domicile.

A. Battut concluait que pour améliorer l’accès aux soins relatifs aux sorties de la maternité, il pourrait être nécessaire d’y intéresser les sages-femmes libérales, notamment en revalorisant sa rétribution et les indemnités forfaitaires de déplacement.

PARTIE PÉDIATRIQUE

1 Définition : peut-on définir les conditions optimales pour une sortie de maternité pour le nouveau-né ?

1.1 Définition d'une sortie de maternité dans des conditions optimales

La sortie de maternité dans des conditions optimales est définie par des objectifs médicaux et des souhaits parentaux dans un système de soins national (en toute sécurité, avec un minimum de risques pour les patientes et leur enfant, sortie préparée et encadrée, dont le coût est évalué). Cette sortie nécessite une anticipation pendant la grossesse et un suivi adapté dès le retour à domicile.

Il n'y a pas de durée de séjour optimale en maternité proposée dans la littérature, et l'évaluation même du moment optimal (ni trop tôt, ni trop tard) n'est pas toujours facile.

Dans une étude prospective en 2002, Bernstein *et al.* ont évalué le caractère optimal de la sortie de 55 couples mère-enfant par un questionnaire remis au pédiatre et à la mère elle-même le jour de la sortie, et à 1 mois de vie de l'enfant. Vingt pour cent des couples mère-enfant n'étaient pas qualifiés de « prêt » par au moins un des deux questionnaires lors de la sortie. La concordance entre l'avis de la mère et du pédiatre était bonne (92 %) lors de la sortie, mais n'était plus que de 59 % un mois plus tard. La concordance entre le questionnaire à la sortie et celui à 1 mois était de 61 % pour les mères et 86 % pour les pédiatres (28).

Dans une étude similaire en 2007, auprès de 4 300 couples mère-enfant à bas risque, Bernstein *et al.* ont comparé l'évaluation de l'obstétricien, du pédiatre et de la mère elle-même sur le caractère optimal ou non de la sortie, et a recherché les facteurs pouvant être associés significativement au caractère non optimal de la sortie. Les couples mère-enfant ont été déclarés prêts pour la sortie si les trois évaluations étaient positives. Dans 16 % des cas, au moins une des trois évaluations estimait la sortie trop prématurée. Les raisons invoquées par les mères étaient des inquiétudes relatives à la santé du bébé et des difficultés pour l'alimenter correctement (sein ou biberon). Les raisons invoquées par les pédiatres étaient des troubles alimentaires du bébé, et la nécessité de temps supplémentaire pour l'éducation de la mère. Les éléments associés significativement, avec l'impression que le couple mère-enfant n'était pas prêt lors de la sortie, étaient la primiparité, une naissance la nuit, l'intention d'allaitement maternel, l'existence d'une pathologie néonatale, l'absence de père ou la non-cohabitation des parents. En analyse multivariée, seules étaient significativement associées la primiparité, une naissance la nuit et l'intention d'allaitement maternel (48).

Weiss *et al.* en 2004 (49) ont comparé, dans une étude prospective menée sur un an (de 07/1996 à 06/1997), la relation entre durée de séjour, facteurs socio-économique maternels, pathologie post-natale (mère et enfant) et le sentiment de la mère d'être prête ou non pour la sorte obtenue par questionnaire. Les 1 192 femmes incluses ont été séparées en trois groupes selon la durée de séjour en suites de couches : 18-30 heures (n = 367), 31-42 heures (n = 443, et 43-54 heures (n = 382). Ces trois groupes étaient significativement différents : les femmes du groupe 3 étaient plus âgées, avaient un niveau d'études supérieures et plus souvent une assurance privée, étaient plus souvent primipares, blanches et mariées et/ou en couple. Elles allaitaient plus souvent leur nouveau-né. Elles avaient plus

souvent le sentiment d'être prête pour la sortie, alors même que leur enfant avait plus souvent des problèmes médicaux. À l'inverse, les sorties précoces étaient significativement associées à un âge plus jeune, une multiparité, l'absence d'assurance privée, une alimentation au biberon, un niveau socio-économique plus bas et l'absence de problème néonataux. Le sentiment de ne pas être prête pour la sortie est aussi plus fréquent dans le groupe des mères sorties précocement.

De même, une étude prospective menée entre le 1^{er} janvier 1998 et le 30 avril 1999 dans un centre universitaire aux États-Unis, Britton a évalué la fréquence et les facteurs de risque d'une anxiété maternelle lors de la sortie de maternité chez 422 couples mère-enfant bien portants. Dans cette étude, ¼ des femmes se disaient anxieuses lors de la sortie, et 1 % d'entre elles présentaient une anxiété sévère. Les femmes le plus souvent anxieuses étaient primipares, avaient eu des problèmes médicaux pendant la grossesse ou des antécédents de dépression. L'anxiété était moindre si la grossesse avait été désirée, si le niveau d'étude était élevé et si les modalités du suivi du nouveau-né étaient prévues (50).

La durée de séjour optimale en maternité est donc individuelle, spécifique à chaque couple mère-enfant, dépendant de facteurs médicaux, psychologiques, sociaux, économiques, organisationnels et, en particulier, de la qualité du suivi après la sortie. Néanmoins, des éléments connus de la physiologie et l'évaluation des sorties de maternités par les motifs et les délais de réhospitalisation peuvent permettre d'approcher cette donnée.

1.2 Éléments physiologiques

Les données de la revue de la littérature publiée par Friedman en 2004 (51) et les rapports de l'Académie de Médecine publié par Vert en 2005, intitulé « La première semaine de vie » (2) et en 2012 sur « Les médicaments et l'adaptation néonatale » montrent que l'adaptation à la vie extra-utérine est progressive, et que la stabilisation des fonctions vitales nécessite une surveillance pendant les premiers jours de vie.

En effet, le passage du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin suppose l'adaptation et la modification de toutes les grandes fonctions. *In utero*, le placenta et l'organisme maternel assurent la majorité des processus énergétiques et de détoxification, tout en maintenant le fœtus dans un isolement anti-infectieux, peu soumis à la gravité, avec une protection neurosensorielle.

Le bouleversement que constitue la naissance en supprimant brutalement le fonctionnement placentaire, impose au fœtus devenu nouveau-né d'assurer seul et rapidement toutes les fonctions jusque là dévolues au placenta. Toutes les grandes fonctions vitales doivent donc modifier leur fonctionnement :

- Sur le plan respiratoire et hémodynamique, l'établissement d'une respiration autonome et efficace suppose une triple adaptation : l'établissement d'une commande respiratoire régulière et efficace, la constitution d'une capacité résiduelle fonctionnelle comportant l'arrêt de la sécrétion du liquide pulmonaire et la sécrétion du surfactant, la diminution des résistances pulmonaires. En effet, en quelques heures, le nouveau-né passe de la circulation de type fœtale avec pression artérielle plus élevée que la pression systémique et shunt droit gauche par canal artériel et le foramen ovale à une circulation de type adulte, avec élévation de la pression systémique et diminution de la pression pulmonaire conduisant à une inversion puis fermeture des shunts.
- L'homéostasie effectuée *via* le placenta doit devenir endogène *via* le foie et le rein. Le métabolisme de la bilirubine en particulier doit être rapidement efficace pour limiter l'importance de l'ictère néonatal. La filtration glomérulaire augmente en post-natal en partie, sous la dépendance du débit sanguin systémique.
- Les dépenses énergétiques à la naissance sont augmentées par 2 à 3, liées à la thermo-régulation, la dépense musculaire (respiration, mobilité soumise à la gravité), la mise en

place des métabolismes de détoxification et de la digestion, etc. Le nouveau-né doit donc être capable de faire face rapidement à cette augmentation énergétique.

- Sur le plan digestif, la nutrition effectuée *via* le placenta doit devenir entérale dans les jours qui suivent la naissance. Ceci impose l'établissement des fonctions de succion et déglutition, mais aussi l'évacuation méconiale, la constitution de la flore digestive, la multiplication des microvillosités et la maturation de la muqueuse. Le retard du développement de la flore saprophyte limite la dégradation de la bilirubine en urobiline et stercobiline favorisant sa réabsorption par cycle entéro-hépatique.

Les délais de mises en place de ces phénomènes adaptatifs sont variables selon les fonctions : nécessaires dès les premières minutes de vie pour l'adaptation respiratoire et hémodynamiques, le délai est de quelques heures à quelques jours pour l'adaptation digestive et métabolique. Mais si ces phénomènes débutent à la naissance, leur maturation et stabilisation se prolongent durant la période post-natale avec des délais variables : quelques heures pour l'adaptation respiratoire, quelques jours pour l'adaptation hémodynamique, et les métabolismes énergétiques, voire plusieurs semaines pour les phénomènes de détoxification. Vert *et al.*, dans un rapport 2005-2007 de l'Académie nationale de médecine, ont rappelé les délais respectifs des différents phénomènes adaptatifs :

- Le métabolisme énergétique et la consommation d'oxygène sont triplés dès la naissance.
- L'arrêt de la sécrétion et la résorption du liquide pulmonaire se font en quelques heures. L'ajustement de la régulation chémo-sensible de la commande ventilatoire s'étend sur 2 à 3 jours.
- L'augmentation de la tension artérielle se fait sur 3 à 4 jours. La fermeture fonctionnelle du canal artériel précédée d'une période de shunt bidirectionnel, s'étale sur 48 heures. La baisse des résistances vasculaires pulmonaires, initialement très rapide, n'est complète qu'après 3 à 4 jours, et ne sera définitivement stabilisée que vers J10, voire au-delà.
- La maturation rénale se déroule sur une à deux semaines.
- Le développement des villosités intestinales et la constitution de la flore intestinale nécessite un délai de 4 jours. Le lait maternel exerce, sur ces deux processus, un rôle majeur. La montée laiteuse se situe entre le 2^e et le 4^e jour, mais peut être retardée en cas de pathologie maternelle et de mauvaise succion du nourrisson. La reprise du poids de naissance se fait avant J10, le plus souvent entre le 5^e et le 7^e jour.
- Les apports caloriques de 100 cal/kg/jour, nécessaires à la thermorégulation et à la croissance, ne sont atteints qu'entre 5 et 7 jours.
- La maturation retardée du métabolisme hépatique favorise le pic d'hyperbilirubinémie en moyenne vers le 4^e ou le 5^e jour.

L'autonomie des grandes fonctions peut donc être acquise dans un délai de 3 à 5 jours mais, durant les premières heures, voire les premiers jours, le nouveau-né est donc particulièrement vulnérable, car tout événement pathologique intercurrent peut perturber plus ou moins gravement ces phénomènes adaptatifs.

Il est souhaitable de parler en « heure de vie » depuis la naissance plutôt qu'en jour pour qualifier plus précisément la sortie du nouveau-né, quelle que soit la durée de séjour.

1.3 Éléments cliniques

L'évaluation clinique des premières heures et des premiers jours est donc un élément important de surveillance du nouveau-né.

1.3.1 Durée de l'évaluation clinique

La durée optimale de cette évaluation clinique est toutefois difficile à déterminer. Les éléments connus de la physiologie montrent que l'autonomie des grandes fonctions peut être acquise entre 3 et 5 jours.

Dans une étude rétrospective sur 4 ans, publiée en 2008 et menée dans toutes les maternités suédoises à partir des registres de naissances, de décès et codages des séjours, Ellberg a montré qu'un examen clinique d'au moins 48 heures après la naissance diminuait les réhospitalisations (52). Dans cette étude, les quarante-huit maternités suédoises ont été contactées en 2002, afin de déterminer les politiques de prise en charge des nouveau-nés sains (c'est-à-dire nés à terme sans aucun codage de pathologie néonatale ni maternelle). Les éléments relevés ont été : l'âge de l'examen clinique systématique du nouveau-né (6-48 h ou 49-72 h) et l'existence d'un programme de suivi à domicile. Les maternités ont été ainsi classées en 4 groupes : maternités avec durée de séjour non prédéfinie, maternités avec durée de séjour limitée à 24-48 h sans suivi à domicile, maternité avec service de suites de couches où les mères et les nouveau-nés à bas risque sont transférés après la naissance, maternités avec programme de sortie précoce et suivi à domicile de 6 à 72 h (visite journalière, suivi téléphonique et examen du nouveau-né à la fin de la prise en charge). Les réhospitalisations des nouveau-nés jusqu'à J28 ont été étudiées en termes de délais et de motifs. Durant ces 4 ans, 197 898 enfants bien portants ont été inclus, le taux de réadmission était de 2,1 % : les principaux motifs de réadmissions étaient les infections, l'ictère et les difficultés d'alimentation. La comparaison des prises en charge post-natales a montré que les enfants examinés avant 48 h, et sortis de la maternité même avec un suivi à domicile, avaient un taux de réadmissions supérieur à ceux sortis après 24 h et examinés après 48 h (OR = 1,3 [1,16-1,48]).

Bravo *et al.* (53) ont réalisé, en 2011, une revue de la littérature sur les dix dernières années, des articles décrivant les conséquences des sorties précoces de la maternité sur les mères, les nouveau-nés et les implications sur les systèmes de santé. Trente-six articles ont été inclus : sept ont évalué les conséquences sur le taux d'allaitement, deux les conséquences sur l'état de santé des mères, un les conséquences économiques, et six les conséquences sur l'état de santé du nouveau-né (mortalité, morbidité, réhospitalisation, réalisation des dépistages). Parmi ces études, celle de Jackson *et al.* a évalué la faisabilité des sorties précoces, en colligeant de manière prospective chez 7 021 enfants bien portants dont les mères avaient présenté des grossesses à bas risque, la fréquence et les délais d'apparition de pathologies néonatales durant les premiers jours de vie à partir de 5 heures. L'étude montre une fréquence d'apparition de pathologies néonatales de 8 %. Dans 68 % des cas, les pathologies apparaissaient entre 5 et 24 heures, dans 26 % des cas entre 24 et 48 heures et dans 6 % des cas après 48 heures.

En conclusion, une surveillance clinique d'au moins 72 heures avec un examen clinique au-delà de 48 heures semble donc un repère important pour permettre une sortie de maternité dans des conditions optimales, ce qui est d'autant plus en accord avec les éléments connus de la physiologie de l'adaptation à la vie extra-utérine.

Par conséquent, dans le cas d'un accouchement par voie basse, il convient de modifier la définition de la sortie précoce proposée en 2004 par l'ANAES (qui désignait toute sortie avant J2), afin de la porter à toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures. La définition de sortie précoce en cas de césarienne reste inchangée.

Recommandations sur les définitions de sortie de maternité des couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.

Pour la naissance d'un nouveau-né singleton, eutrope et en l'absence de complications pour la mère, **la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de :**

- **96 heures après un accouchement par voie basse ;**
- **120 heures après un accouchement par césarienne.**

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse² ;
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

La notion de sortie de maternité dans des conditions « optimales » repose sur plusieurs concepts :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

1.3.2 Éléments cliniques à surveiller après 48 heures

Les 48 premières heures sont donc un délai minimal pour juger d'une adaptation à la vie extra-utérine correcte. L'adaptation respiratoire, hémodynamique, métabolique en particulier peut être évaluée durant ce délai. Mais ce délai est insuffisant pour apprécier l'adaptation et la maturation de toutes les grandes fonctions, en particulier digestives et hépatiques, et dépister toutes les pathologies néonatales. Après 48 heures, différents éléments cliniques doivent donc être surveillés, et il est important de les connaître ainsi que leur fréquence d'apparition, afin d'organiser la sortie de maternité dans les conditions les plus optimales possibles.

En 2008, Straczek *et al.* (54) ont répertorié, en maternité, les complications pouvant intervenir après la 48^e heure, susceptibles d'apparaître à domicile en cas de sortie. Cette étude prospective monocentrique a été menée durant 4 mois dans un centre universitaire. Neuf cent trois enfants ont été inclus et, parmi eux, 42 (4,6 %) ont présenté une complication. Dans la moitié des cas, il s'agissait d'un ictère requérant au moins une séance de photothérapie. La découverte d'anomalie congénitale après la 48^e heure a été faite chez 11 enfants. Dans 9 cas, il s'agissait d'une malformation cardiaque découverte sur un souffle lors de l'examen de sortie, et dans 2 cas d'une malformation digestive (malformation ano-rectale et maladie de Hirschprung). Dans 6 cas, des troubles digestifs (vomissements, mauvaise prise pondérale, diarrhée transitoire, fausse route au cours du biberon) sont survenus ; tous ces troubles ont été spontanément résolutifs. Les 4 autres cas étaient : une thrombopénie auto-

² Cette définition vient abroger la définition des sorties précoces formulée dans les recommandations de l'ANAES en 2004.

immune, une infection materno-fœtale probable, une hyperthermie par erreur de soins, un syndrome de sevrage tabagique.

Zimmerman *et al.* (55) ont recherché rétrospectivement durant 4 mois (3 mois consécutifs de septembre à novembre 1996, puis 1 mois en juin 1997), chez des enfants bien portants nés à terme, les diagnostics non notés lors de l'examen avant 24 heures et notés lors de la sortie après 48 heures. Parmi les 1 059 enfants inclus, 54 (5,1 %) présentaient à la sortie une pathologie non connues après l'examen d'admission. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'un ictère (30 enfants dont la moitié a nécessité un traitement par photothérapie), mais aussi une cardiopathie (10 cas), une perte de poids excessive ou des troubles métaboliques (4 cas), une luxation congénitale de hanches (1 cas), une polyglobulie (2 cas) ou les conséquences d'un traumatisme obstétrical (9 cas).

Ces études permettent de colliger les principaux éléments à rechercher au cours du séjour en maternité, afin de permettre une sortie dans des conditions optimales.

Dans le rapport de l'Académie nationale de médecine publié en 2005 par Vert *et al.* (2), les éléments suivants ont été répertoriés :

- Surveillance de l'alimentation, de la qualité de l'allaitement maternel et de la prise de poids, surveillance de l'élimination des selles et des urines.
- Recherche de malformations cliniquement décelables : les cardiopathies en particulier ducto-dépendantes responsables de défaillances cardio-circulatoires, les anomalies orthopédiques telles que la dysplasie de hanches.
- Surveillance de l'ictère.
- Recherche d'infections materno-fœtales tardives et nosocomiales.
- Recherche de troubles secondaires à l'imprégnation médicamenteuse anté ou perinatale (syndrome d'imprégnation et surtout de sevrage).
- Capacités maternelles à s'occuper de son nouveau-né (soins/comportement), qualité des interactions mère/enfant.

1.4 Évaluation de la qualité de la sortie sur le taux de réhospitalisation

L'évaluation des sorties de maternité est le plus souvent faite sur les réhospitalisations, une sortie dans des conditions optimales devant éviter au maximum les réadmissions.

1.4.1 Fréquence des réhospitalisations après sortie de maternité

Le taux de réhospitalisations dans la littérature se situe entre 1 % et 10 %, mais ces chiffres recouvrent des réalités très différentes. En effet, deux éléments interviennent dans l'interprétation. Le premier couvre les motifs de réhospitalisations étudiés (toutes causes ou seulement celles considérées comme « évitables », avec une prise en charge adéquate à la maternité), c'est-à-dire l'ictère et les troubles digestifs, et pour certains, les sepsis précoces. Le second est le délai retenu entre la sortie et la réadmission. Les délais sont très variables (de 3 jours après la sortie jusqu'à la fin du premier mois de vie).

On identifie 7 études rétrospectives récentes (52, 56-61), et 4 études prospectives (24, 62-64) ayant évalué la fréquence et les motifs des réhospitalisations.

Tableau 10. Taux de réhospitalisations retrouvés dans les principales études récentes.

Auteurs	Étude	Motifs d'hospitalisation étudiés	Délai sortie/réhospitalisation	Taux de réhospitalisation
Farhat 2011 Liban (64)	Prospectif monocentrique 7 mois	Tous motifs d'hospitalisations	J14	7,9 %
Lode 2004 France (57)	Rétrospectif Monocentrique 4 ans	Tous motifs d'hospitalisation	1 mois	2 %
Jonhson 2002 Canada (56)	Rétrospectif 3 ans Province de l'Alberta	Motifs « évitables » d'hospitalisation (ictère, troubles digestifs)	J28	3,5 %
Datar 2006 États-Unis (60)	Rétrospectif 3 ans État de Californie	Tous motifs d'hospitalisation	J28	3 %
Chen 2005 Taiwan (59)	Rétrospectif Monocentrique 2 ans	Tous motifs d'hospitalisation	J14	5,7 %
Gupta 2006 Inde (62)	Prospectif 2 mois Monocentrique	Tous motifs d'hospitalisations	3 jours après la sortie	8,3 %
Paul 2006 États-Unis (61)	Rétrospectif 5 ans État du Michigan	Causes « évitables » (ictère et troubles digestifs)	J10	0,6 %
Sainz Bueno 2005 Espagne (24)	Prospectif Randomisé Contrôle 2 ans	Touts motifs d'hospitalisation	J28	1,9 %
Oddie 2004 UK (58)	Rétrospectif 1 an Régional	Tous motifs d'hospitalisation	J28	2,8 %
Ellberg 2008 Suède (52)	Rétrospectif 4 ans National	Tous motifs d'hospitalisation	J28	2,1 %
Vanpée 2009 Suède (63)	Prospectif 18 mois Un centre universi-	Tous motifs d'hospitalisation	J7	1,3 %

	taire			
--	-------	--	--	--

1.4.2 Motifs de réhospitalisation

Tout comme la fréquence, les motifs de réhospitalisation sont variables dans les différentes études. Toutefois l'ictère reste la principale cause.

De Luca *et al.* (65) ont relevé dans la littérature, depuis 1999, les taux de réhospitalisation pour ictère après sortie de la maternité. Les taux de réhospitalisation pour ictère représentent 10 à 75 % des réhospitalisations après la sortie, avec une fréquence lors des sorties précoces variant de 0,01 % à 7,8 %. Mais ces chiffres reflètent des définitions d'ictère sévère, de sorties précoces, ainsi que des modalités de surveillance et des durée de suivi très différentes. Toutefois, ils confirment que l'ictère reste un des principaux problèmes pouvant survenir après la sortie de maternité.

Cinq études récentes (2 prospectives et 3 rétrospectives) ont étudié les fréquences respectives des autres motifs d'hospitalisation.

Fahrat *et al.*, en 2011 (64), ont inclus, durant 7 mois, 478 enfants (sur 579 nés à terme) sortis en bonne santé d'un hôpital, et les ont suivis afin de déterminer la fréquence et les motifs de réhospitalisation. Les enfants inclus ont été classés en 2 groupes (sortie avant 48 h et après 48 h), mais sans tirage au sort, afin de rechercher si la durée de séjour pouvait influencer les réadmissions. Parmi les 38 enfants réadmis (7,9 %), l'ictère était la principale cause de réadmissions (84 %). Les autres causes retrouvées étaient les suivantes : sepsis (10,5 %) et détresse respiratoire (5,3 %). Les facteurs associés à une réhospitalisation pour ictère étaient : l'allaitement (OR = 10,3 [3,1–34,26] $p < 0,001$) et la durée d'hospitalisation avant 48 heures *versus* après 48 heures (OR = 13,8 [4,04–47,05] $p < 0,01$).

En 2009, Vanpée *et al.* (63), dans un état des lieux sur l'expérience suédoise de sorties précoces, rapportent l'étude prospective de Kjelson *et al.* menée durant 18 mois (2003-2004) dans l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm. Parmi les 7 803 enfants nés durant cette période, 66 % sont sortis avant 72 heures, soit 11 % avant 24 heures, 31 % entre 24 et 48 heures, 24 % entre 48 et 72 heures : 1,3 % ont été réhospitalisés avant la fin de la première semaine de vie. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient : l'hyperbilirubinémie (78 %), l'anxiété parentale (9 %) et les problèmes d'alimentation (5 %). Les auteurs ont alors amélioré le suivi à domicile, identifié les facteurs de risque d'ictère, d'anxiété maternelle et de problèmes alimentaires, institué un examen à 72 heures, suivi le taux de réadmission comme un indicateur de qualité et amélioré la formation des professionnels. La même étude, effectuée en 2007-2008, a mis en évidence une augmentation des sorties avant 72 heures (77 %) et une diminution des réadmissions (2,3 par mois vs 3,2).

Gupta *et al.*, en 2006 (62), ont effectué une étude prospective sur 2 mois avec une méthodologie similaire. Dans une maternité effectuant 8 000 à 10 000 accouchements par an, sur les 1 134 enfants nés à terme et en bonne santé, 861 sont sortis avant 48 heures. Un enfant sur trois de ce groupe a été suivi à domicile durant 3 jours. Parmi ces enfants, 132 (68,4 %) ont présenté un problème. Le principal problème (105/132) était un ictère. Les autres problèmes étaient les suivants : 11 conjonctivites, 9 difficultés alimentaires, 6 pustuloses néonatales, 15 problèmes thermiques. Mais seuls 9/105 enfants ont été réhospitalisés pour ictère. Il faut toutefois noter que la surveillance s'arrêtait au plus tard à J5, ce qui peut expliquer le faible taux de réhospitalisation pour ictère.

Une étude rétrospective monocentrique, menée pendant 2 ans (59), a aussi évalué la fréquence et recherché les motifs de réhospitalisation. Les enfants nés à terme sortis en bonne santé et réhospitalisés jusqu'à J14 ont été inclus. Ces enfants ont été comparés à un groupe contrôle d'enfants non hospitalisés (2 contrôles pour un enfant inclus). Le taux de réhospitalisation était de 5,7 %, et les motifs respectifs étaient : un ictère (74 %), une fièvre et un sepsis (19 %), une gastro-entérite (4,8 %), et enfin un enfant présentait un hématome occipital et un autre une bronchiolite.

Dans une étude nationale rétrospective (52), menée en Suède sur 4 ans (1999-2002) citée précédemment, le taux de réadmission jusqu'à J28 était de 2,1 %, et les principaux motifs de réhospitalisation retrouvés étaient les infections (43 %), les difficultés alimentaires (19 %), l'ictère (8 %) ou les cardiopathies (2 %). La répartition des motifs d'hospitalisation était toutefois différente selon les semaines post-natales. Durant la première semaine, l'ictère et les troubles alimentaires étaient plus fréquents, alors qu'ensuite les infections devenaient majoritaires. Vingt-six décès ont été relevés, majoritairement liés à des infections ou des malformations cardiaques.

Une étude rétrospective régionale, menée sur un an (1998) dans la région Nord de l'Angleterre, a aussi évalué la fréquence et recherché les motifs d'hospitalisation dans le premier mois de vie (58). Parmi les 32 015 enfants nés vivants en 1998, 907 ont été réhospitalisés avant J28 (2,8 %). Les motifs d'hospitalisation n'étaient connus que pour la moitié d'entre eux. Parmi ces motifs, la suspicion d'une infection concernait la majorité (31 %), mais avec seulement une infection prouvée dans la moitié des cas. L'ictère représentait 9 % des réadmissions et les troubles digestifs 25 % (mais avec association de pathologies du premier mois telle que la sténose du pylore). Les autres causes de réhospitalisations étaient les suivantes : anxiété parentale (2 %), malformation (3,4 %), malaise (10 %).

La seule étude prospective randomisée et contrôlée est celle de Sainz Bueno publiée en 2005 (24) : les couples mère-enfant qui remplissaient les mêmes critères d'éligibilité pour une sortie précoce étaient tirés au sort en deux groupes (sortie à 24 h avec suivi à domicile pour $n = 213$ et sortie classique après 48 h pour $n = 217$). Les taux de réhospitalisation étaient très faibles (1,9 %) et non significativement différents dans les 2 groupes : 3 enfants ont été réhospitalisés dans le groupe d'enfants sortis à 24 heures (1 fièvre, 1 ictère, 1 perte de poids avec déshydratation) et 5 dans le groupe de sortie classique (3 ictères, 1 fièvre et 1 perte de poids importante). Au total, 4/430 enfants ont été réhospitalisés pour ictère.

Si l'ictère est la principale cause de réhospitalisation retrouvée, les troubles digestifs et, en particulier la perte de poids avec déshydratation, est aussi citée fréquemment. Tjora *et al.* en 2010, en Norvège (66), a relevé sur une période de 7 ans les réhospitalisations pour déshydratation > 12 % avant J21 d'enfants nés à terme bien portants dans la région de Bergen. Ces enfants ont été comparés à un groupe-témoin non hospitalisés. Parmi les 37 321 enfants nés à terme bien portants, 38 ont été inclus. Il n'existait pas de différence pour la durée de séjour en maternité entre les deux groupes, mais la moitié des enfants inclus avait été hospitalisés avant J5 (âge moyen d'hospitalisation J6 [5-12]). Le seul élément significativement différent entre les deux groupes était l'âge de la mère, plus élevé dans le groupe des enfants inclus que chez les témoins (32 ± 5 vs 29 ± 5 $p = 0,005$). Trente sept des 38 enfants étaient en allaitement exclusif, mais ce taux d'allaitement est en rapport avec les habitudes culturelles de ce pays.

L'étude Young (67), menée à partir d'une cohorte de nouveau-nés ($N = 296\ 114$) âgés de 34 à 42 SA sortis de 21 maternités entre 2000 et 2010, a permis de déterminer la fréquence des réhospitalisations et leurs motifs. Sur cette période, 5 308 enfants (17,9/1 000) ont été réadmis au bout de 2 semaines de vie : 41 % présentaient des problèmes liés à l'alimentation et

35 % étaient atteints de jaunisse. Dans les 28 jours suivants la naissance, 33 % ont été ré-admis et présentaient une détresse respiratoire.

En résumé, sur le plan clinique, l'analyse de la littérature permet d'identifier des motifs variés de réhospitalisation : ictère, troubles digestifs, pathologies infectieuses, détresses respiratoires, malformations, anxiété parentale, malaise, etc. Parmi ces motifs, on peut toutefois distinguer les pathologies relevant de l'adaptation néonatale pouvant être qualifiées d'évitables (comme un ictère, une infection précoce, une déshydratation sur difficultés d'alimentation) des pathologies intercurrentes (comme la bronchiolite, la gastro-entérite, etc.) ou des malformations à révélation plus tardives.

En France, l'étude prospective réalisée par Claudet en 2012 (68), entre août 2008 et avril 2009, a inclus 538 enfants d'âge inférieur ou égal à 28 jours, admis au service d'urgences pédiatriques, afin d'étudier leurs caractéristiques épidémiologiques et ceux de leurs mères. La moyenne d'âge des nouveau-nés était égale à 17 jours, le sex-ratio à 1,1. Les recours étaient dominés par des motifs médicaux (90 %), et 47 % ont été hospitalisés. Les mères étaient âgées de 30 ans en moyenne, 53 % étaient primipares, et elles avaient séjourné en maternité 5 jours en moyenne. Une analyse comparative a permis de montrer que les nouveau-nés étaient plus souvent adressés, plus souvent hospitalisés, plus souvent la nuit, et que la gravité de leur état répondait à la loi du « tout ou rien ». Le risque de recours aux urgences était plus élevé si la mère était jeune, primipare, seule ou sans emploi, habitait près de l'hôpital et si l'enfant était âgé de moins de 15 jours.

Il est donc important de souligner que l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences pédiatriques par des nouveau-nés est multifactorielle, notamment liée à leur vulnérabilité, à leurs antécédents, à leur environnement familial et à des facteurs sociologiques.

Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), publié en 2013 (35) sur la prise en charge de la santé de l'enfant en France, propose de mieux dépister, lors du séjour en maternité, les mères les plus à risque de recours aux urgences (jeune, primipare, isolée, sans profession), par une intervention plus précoce des services de PMI dans les établissements.

1.4.3 Facteurs de risques des réhospitalisations évitables. Relation avec la durée de séjour et le taux d'allaitement maternel

Cette notion de pathologie évitable ainsi que la recherche des facteurs de risque ont été développées dans plusieurs études.

Paul *et al.*, en 2006 (61), ont recherché rétrospectivement à partir des registres de naissances de Pennsylvanie, les enfants nés entre 1998 et 2002, d'âge gestationnel (AG) supérieur à 35 SA et de poids de naissance supérieur à 1 800g, sortis en bonne santé de maternité après un séjour de moins de sept nuits, et ceux réhospitalisés avant J10 pour un ictère ou des difficultés d'alimentation, avec ou sans déshydratation. Les enfants hospitalisés en néonatalogie avant la sortie étaient exclus. Ces enfants ont été comparés à un groupe témoin non hospitalisé (1 inclus pour 2 témoins). Au total, 407 826 enfants sont nés durant cette période en Pennsylvanie, 2 540 enfants ont été inclus dans le groupe des enfants réhospitalisés (0,6 %) et 5 080 dans le groupe-témoin. Les causes de réhospitalisation étaient, dans 91,5 % des cas, un ictère et, dans 8,5 % des cas, des difficultés alimentaires

avec ou sans déshydratation. Les facteurs de risque de réhospitalisation retrouvés dans l'étude étaient un AG inférieur à 37 SA (OR = 4,4 [3,65–5,31] $p < 0,01$, l'utilisation de ventouse lors de l'accouchement (OR = 2,08 [1,77–2,45] $p < 0,01$), et une durée de séjour en maternité inférieure à 72 heures pour les accouchements par césarienne (OR = 1,44 [1,07–1,96] $p < 0,02$). L'effet de la durée d'hospitalisation sur le taux de réhospitalisation n'était pas retrouvé lors d'accouchements par voie basse : les enfants, restés moins de 48 heures à l'hôpital, n'étaient pas plus réadmis que ceux restés plus de 48 heures. De plus, les filles étaient moins réhospitalisées que les garçons (OR = 0,75 [0,68–0,82]).

Johnson, en 2002 (56), a aussi évalué la fréquence des réhospitalisations évitables et leur relation avec la durée de séjour dans une étude rétrospective, menée à partir des bases de données de la province d'Alberta (Canada) : les auteurs ont recherché la fréquence des réadmissions pour ictère, troubles alimentaires ou problème social, ainsi que leur relation avec la durée de séjour. Le taux de réadmission évitable était de 3,5 %. L'ictère était la principale cause évitable (74 %). La majorité de ces réadmissions évitables (86 %) intervenait dans les 6 jours suivant la sortie. L'étude de la relation avec la durée de séjour montrait que lorsque le nouveau-né et sa mère restaient plus de 48 heures, le risque de réhospitalisation diminuait de 25 % par rapport à des durées de séjour inférieures à 48 heures.

La durée de séjour semble donc être un facteur déterminant de réhospitalisation, en particulier si la sortie est précoce, notamment pour des motifs évitables.

Aux États-Unis, après la loi encadrant le séjour des mères et des enfants à la maternité (*Newborn and Mother's Health Protection Act*, 1996), la durée de séjour a significativement augmenté (passant par exemple dans l'état de l'Ohio de $1,6 \pm 1$ jour en 1995-1996 à $1,9 \pm 0,8$ jour en 1996-1998), selon la publication de Rotagal *et al.* (69).

Datar *et al.*, en 2006, en Californie, ont montré dans une étude rétrospective réalisée à partir des certificats de naissance, de décès et des codages de séjour dans les hôpitaux, une augmentation de la durée de séjour et une diminution des réadmissions. Dans les 3 ans suivants la promulgation de la loi, la durée de séjour a augmenté en moyenne de 14 heures, et les réadmissions ont diminué de 19,7 % ($p < 0,01$) avec une diminution de 30 % des réhospitalisations pour infection ($p < 0,05$). En revanche, la diminution des ictères (-10 %) et des pathologies respiratoires (-14,6 %) n'étaient pas significatives.

La durée de séjour est donc un facteur important, mais d'autres éléments sont aussi à prendre en compte. En effet, Vanpée *et al.* (63) rapportent l'expérience du centre universitaire de Karolinska, où il souligne qu'entre 2003-2004 et 2007-2008, les sorties avant 72 heures ont augmenté (66 % vs 77 %), mais que les réadmissions avant J7 ont diminué (3,2 par mois vs 3,3 par mois). Ont contribué à ces résultats : une amélioration du suivi à domicile, une meilleure identification des facteurs de risque d'ictère, d'anxiété maternelle et de problème alimentaire, l'institution d'un examen du nouveau-né à 72 heures, le suivi du taux de réadmission comme un indicateur de qualité et une amélioration de la formation des professionnels.

Le manque de suivi et/ou de formation des intervenants semblent donc des facteurs déterminants, en particulier lors de l'accompagnement de l'allaitement maternel. En effet, si la plupart des études s'accordent à dire que le taux de réhospitalisation diminue lorsque la durée de séjour augmente, la relation entre pathologie après la sortie et allaitement maternel est loin d'être univoque.

Chen *et al.*, dans une étude cas-témoin (59), ont également montré qu'une durée de séjour inférieure à 72 heures était un facteur de risque de réhospitalisation (71,4 % vs 39,2 % OR = 4,6 [1,85–11,43] $p < 0,0001$). L'autre facteur de risque retrouvé était l'allaitement

(OR = 16,07 [1,99–129,8]). Il faut cependant noter que le taux d'allaitement était très faible dans cette étude (35 %).

À l'inverse, Sainz Bueno *et al.* n'ont pas retrouvé dans leur étude prospective contrôlée de lien entre la durée de séjour, les réhospitalisations et la qualité de l'allaitement maternel. Un allongement de la durée de l'allaitement maternel était même observé dans le groupe des enfants sortis précocement (à 24 h). Mais dans cette étude, une surveillance à domicile rapprochée était instaurée pour les enfants sortis précocement.

Dans l'étude de Tjora *et al.* relevant les réhospitalisations pour déshydratation > 12 %, il n'a pas non plus été mis en évidence de relation avec l'allaitement maternel. Toutefois, cette étude avait été faite en Norvège où l'allaitement maternel est culturellement très implanté. Il semble donc que le facteur de risque que représente l'allaitement maternel soit autant associé à la durée de séjour qu'aux habitudes culturelles et aux modalités de suivi à domicile.

1.4.4 Motifs graves de réhospitalisation : surmortalité ?

Plusieurs études se sont intéressées à une éventuelle sur mortalité en lien avec une sortie trop précoce de la maternité. Dans l'étude de Datar *et al.*, en 2006, les auteurs n'avaient pas retrouvé de diminution de la mortalité chez les enfants de moins de 1 an secondaire à l'augmentation de la durée de séjour en maternité constatée après la loi de 1996 aux États-Unis (60). En revanche, dans la revue de la littérature effectuée par Bravo *et al.*, une des études incluses (Malkin *et al.*, 2000) montrait une augmentation de la mortalité infantile lors de sorties ultra précoces (inférieure à 24 heures) (53).

Dans l'étude rétrospective d'Elbberg *et al.* (52), menée en Suède sur 4 ans (99-02), vingt-six décès survenus après sortie de maternité et avant J28 ont été relevés, majoritairement liés à des infections ou des malformations cardiaques.

Dans l'expérience du centre universitaire Karolinska (Stockholm) rapportée par Vanpée *et al.*, l'augmentation des sorties précoces entre 2003-2004 et 2007-2008 associée à une amélioration des conditions de sortie et de suivi à domicile, s'était accompagnée d'une diminution des réhospitalisations, mais deux décès étaient déplorés (une infection à streptocoque B et une cardiopathie congénitale non diagnostiquée) (63).

La fréquence et les motifs des urgences vitales durant le premier mois de vie ont aussi été étudiés par Lodé *et al.* en 2004, dans une étude rétrospective menée en 2001 et 2002 à Paris auprès des SMUR pédiatriques et centre 15, des urgences et des centres de PMI. La fréquence des urgences vitales étaient de 1 %. Les malaises étaient la cause la plus fréquente, mais les infections materno-fœtales tardives et les cardiopathies présentaient l'évolution la plus sévère. Enfin, des urgences vitales en relation avec une maltraitance ont aussi été retrouvées (57).

1.4.5 Conclusion

L'analyse de la littérature montre que le taux de réhospitalisations après sortie de maternité est variable, allant de 2 à 10 % environ, mais avec des définitions et des modalités de calcul différentes selon les études.

- Le délai entre sortie de maternité et réhospitalisation le plus souvent retenu est le premier mois de vie, mais plus les réadmissions sont précoces plus la relation avec les modalités de séjour et sortie de maternité est probable.
- En effet, si le délai entre sortie de maternité et réhospitalisation augmente, des pathologies intercurrentes peuvent intervenir dans les motifs d'hospitalisation (pathologie infectieuse telle que bronchiolite, gastro-entérite, etc. ou pathologie malformative à révélation plus tardive telle la sténose du pylore). Mais ce délai est souvent difficile à apprécier dans la littérature, les études se référant plus souvent à l'âge de l'enfant lors de la réadmission qu'au délai écoulé depuis la sortie de la maternité.
- Dans la littérature, la relation entre durée de séjour et réhospitalisation est retrouvée dans plusieurs études : plus la durée de séjour est courte, plus le taux des réadmissions est élevé. Mais l'importance du suivi à domicile est aussi démontrée. Une durée de séjour courte dans une population à bas risque, mais associée à un suivi à domicile, ne s'accompagne pas d'un taux de réhospitalisation supérieur.
- Parmi les motifs d'hospitalisation, significativement associés à la durée du séjour en maternité et/ou à la surveillance instituée en hospitalisation et/ou à domicile, l'ictère et les problèmes d'alimentation sont les plus fréquemment rapportés dans la littérature. Les pathologies ayant l'évolution la plus péjorative sont les infections materno-foetale tardives et les cardiopathies. Il est important que les parents soient sensibilisés aux signes d'alerte de ces pathologies (cf. « Document d'information »). Des cas de maltraitance sont aussi rapportés, rappelant l'importance de l'évaluation de la situation psycho-sociale avant la sortie. Les motifs graves de réhospitalisations pouvant mettre en jeu le pronostic vital touchent 1 % des nouveau-nés dans le premier mois.

Critère d'éligibilité du nouveau-né à bas risque pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

Le suivi à domicile est planifié : un premier rendez-vous avec un professionnel est prévu dans la semaine après une durée de séjour standard et, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie, et dans les 24 heures en cas de sortie précoce.

2 Quelles sont les conditions optimales pour décider de la sortie de maternité d'un nouveau-né ?

Une sortie dans des conditions optimales pour le nouveau-né se situerait à partir de la 72^e heure après la naissance pour la majorité des enfants, mais elle ne peut être univoque car, pour le nouveau-né et sa mère, elle est individuellement déterminée par un bon état de santé (absence de problèmes médicaux non résolus) de la mère et de son nouveau-né, par les capacités de la mère à s'occuper de son enfant et par les possibilités de suivi à domicile.

Il est par ailleurs important de tout mettre en œuvre pour permettre à la mère de sortir de la maternité en même temps que son nouveau-né.

Les conditions optimales d'une sortie du couple mère-enfant sont déterminées par une surveillance clinique et paraclinique en maternité puis au domicile.

2.1 Surveillance clinique du nouveau-né après la naissance

Le nouveau-né doit être examiné après la naissance dans le but :

- de dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de réhospitalisation après la sortie (ictère et pathologie infectieuse) et les malformations, dont la prise en charge retardée pourrait être délétères (en particulier cardiaque et digestive) ;
- de s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace ;
- d'effectuer ou de s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (tests de dépistages néonataux) ;
- de s'assurer de l'instauration d'un lien mère-enfant.

2.1.1 Quand et combien d'examen clinique après la naissance ?

L'adaptation progressive du nouveau-né fait qu'il n'existe pas de temps optimal pour détecter toutes les anomalies. Néanmoins, dans le cadre de son programme de dépistage néonatal, le *National Health Service* (NHS) recommande la réalisation d'un examen clinique dans les 72h qui suivent la naissance (70).

Vert *et al.* Soulignent, dans un rapport de l'Académie nationale de médecine (2), que les éléments connus de la physiologie montrent qu'un délai de 3 à 5 jours permet l'acquisition de l'autonomie des grandes fonctions.

Dans l'étude de Elberg *et al.*, citée précédemment, réalisée en Suède en 2007 au sein de 48 maternités, la comparaison des prises en charge post-natales a montré que les enfants examinés avant 48 heures et sortis de la maternité même avec un suivi à domicile avait un taux de réadmissions supérieur à ceux sortis après 24 heures et examinés après 48 heures (OR = 1,3 [1,16–1,48]). (52).

Il semble donc difficile qu'un seul examen clinique soit à la fois réalisé suffisamment tôt après la naissance, afin de dépister et permettre une prise en charge sans retard d'éventuels troubles de l'adaptation ou des malformations graves, et suffisamment retardé pour évaluer la stabilité des grandes fonctions c'est-à-dire après 48 heures.

Ceci explique pourquoi, généralement le nouveau-né bénéficie de deux examens cliniques au cours du séjour à la maternité : le premier dans les 2 premières heures et le second avant la sortie, idéalement entre 48 et 72 heures. Ces deux examens cliniques et la surveillance pédiatrique au sein de l'établissement de santé permettent de s'assurer de l'absence de contre-indication à la sortie.

2.1.2 Premier examen clinique

L'adaptation respiratoire et hémodynamique doit se faire dès les premières minutes de vie. Tout événement intercurrent (per natal ou post-natal) peut la perturber.

Ce premier examen, réalisé peu de temps après la naissance par une sage-femme ou un médecin ayant une compétence en néonatalogie, a donc pour but :

- de s'assurer de l'adaptation à la vie extra-utérine précoce (en premier lieu respiratoire, hémodynamique, thermique), c'est-à-dire de la mise en place d'une respiration autonome

associée à une hémodynamique correcte permettant une oxygénation adéquate (coloration rose des téguments) ;

- de vérifier l'absence de malformation cliniquement visible pouvant retentir sur l'adaptation des premiers jours ;
- de confirmer ou infirmer un diagnostic prénatal et rassurer les parents.

Cette évaluation clinique doit tenir compte des pathologies maternelles préexistantes et/ou apparues en cours de la grossesse (pathologie maternelle chronique, diabète, etc.) et des conditions de naissance : anoxie per natale associée (Apgar à 5 minutes, gaz du sang et acide lactique au cordon), contexte infectieux, etc.

Ce premier examen évalue aussi la qualité du premier repas (la première mise au sein ou premier biberon) dans la première heure de vie, encadré par le personnel.

La surveillance du nouveau-né et de sa mère doit être effectuée dans la salle d'accouchement, le nouveau-né étant proche de sa mère, installé dans un berceau ou préférentiellement en peau à peau, si une surveillance clinique permanente peut être assurée par le personnel de la salle de naissance.

La séparation de l'enfant et de sa mère après la naissance est à éviter au maximum, car cette proximité physique est l'un des éléments essentiels permettant un attachement de bonne qualité entre la mère et son enfant (71).

2.1.3 Second examen clinique

Un second examen clinique est réalisé en suites de couches, et donne souvent lieu à la signature du 1^{er} certificat de santé (CS8). Il sera complété par les dépistages systématiques. Cet examen est réalisé suffisamment à distance de la naissance, afin d'évaluer la qualité et la stabilité de l'adaptation à la vie extra-utérine, et proche de la sortie pour vérifier l'absence de contre-indication à une sortie à domicile.

Dans les cas où la consultation fait l'objet du remplissage du certificat de santé des huit premiers jours de vie, celle-ci ne peut être effectuée que par un médecin. Une valorisation tarifaire de cette consultation existe. Une fois l'absence de risque certifiée, le suivi du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.

L'analyse de la littérature montre que l'examen clinique du nouveau-né, réalisé après 48 heures, semble permettre la meilleure évaluation.

Les recommandations du NICE (72) préconisent qu'il doit être réalisé en présence des parents : il permet ainsi de préciser les conditions de vie socio familiales du nouveau-né et de s'assurer de la qualité des interactions de la mère avec son enfant et des compétences des parents à s'occuper de leur nouveau-né.

2.1.4 Quels éléments cliniques doivent être vérifiés lors de ces deux examens ?

Dans son programme national de dépistage publié en mars 2008, le NHS a détaillé les éléments cliniques à vérifier avant 72 heures chez un nouveau-né (70) (liste non exhaustive).

- Sur le plan cardiovasculaire : la coloration, la fréquence cardiaque, la palpation des pouls fémoraux, de la région parasternale et épigastrique et de l'abdomen.
- La qualité de la prise alimentaire doit être évaluée.
- Sur le plan respiratoire, la fréquence respiratoire et les signes de rétraction, le geignement et le battement des ailes du nez.
- Les clavicules et les membres supérieurs doivent être palpés.
- L'abdomen est inspecté (couleur, volume) et palpé, le cordon ombilical doit être examiné.
- La palpation des aires rénales à la recherche de masse doit être faite.
- Les organes génitaux et l'anus doivent être examinés.
- L'enfant est placé sur le ventre pour examiner le dos et la région sacrée.
- L'examen de toute la surface cutanée doit être fait.
- Les réflexes archaïques doivent être recherchés.
- La recherche d'une dysplasie de hanche doit être faite par les manœuvres d'Ortolani et de Barlow. Les pieds sont examinés à la recherche d'anomalies de position.
- Le cri de l'enfant doit être évalué.

Le NHS décrit aussi les conditions de l'examen (environnement propre, chaud et suffisamment éclairé, lavage des mains pour éviter la transmission croisée de germes), en présence des parents, en évitant si possible de le faire lorsque l'enfant a faim.

L'examen doit être priorisé : en premier ce qui nécessite que l'enfant soit calme et détendu (couleur, posture, gesticulation, respiration, auscultation, examen des yeux, recherche de dysmorphie).

Cet examen doit tenir compte de l'histoire familiale, de l'histoire anténatale et des conditions d'accouchement. Les résultats doivent être expliqués aux parents.

La découverte d'anomalies doit s'accompagner d'une consultation à un spécialiste référent, en particulier lors de la découverte d'un souffle, d'anomalie des yeux ou des hanches.

Le NHS rappelle également que cet examen s'accompagne de la réalisation des tests de dépistage, et des vaccinations en cas de population à risque (hépatite B et BCG).

Vanpée *et al.* rappelaient les éléments à vérifier avant la sortie de maternité : fréquence respiratoire inférieure à 60/mn, température comprise entre 36,4 et 37,4°C, bonne succion. De plus, l'examen clinique doit être normal, et toutes les informations données aux parents (63).

Cahier des charges spécifique à l'enfant :

Le nouveau-né bénéficie de deux examens à la maternité : un examen dans les 2 heures suivant sa naissance, réalisé par une sage-femme ou un pédiatre, et un examen avant toute sortie de la maternité. Pour ce dernier, il est recommandé que le nouveau-né soit examiné **par un pédiatre, et que cet examen soit réalisé impérativement après 48 heures et avant la sortie en cas de sortie après une durée de séjour standard, et le jour de la sortie en cas de sortie précoce.** Cet examen a notamment pour but de s'assurer que le nouveau-né ne présente pas de pathologies ou facteurs de risque particuliers nécessitant de le considérer comme un enfant « à risque ». Une fois le « bas risque » attesté par un pédiatre, le suivi et de la surveillance du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.

Critères d'éligibilité du nouveau-né à bas risque, pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

- Examen clinique normal le jour de sortie en cas de sortie précoce/réalisé impérativement après 48 heures, et avant la sortie pour un retour à domicile après une durée de séjour standard.
- Stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/mn fréquence cardiaque > 90 et < 170/mn au repos.
- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.

2.1.5 Courbe de poids

La surveillance clinique en suites de couches est complétée par celle de la courbe de poids. Les premiers jours de vie sont marqués par une perte de poids physiologique.

L'Académie américaine de pédiatrie (37) considère comme acceptable une perte de poids de 7 % pour les nouveau-nés allaités.

Une étude, réalisée sur 121 nouveau-nés à terme, observe une perte de poids variable au 3^e jour de vie (en moyenne de 4,9 %) : 19,8 % des enfants présentaient une perte de poids supérieure à 7 % ; aucun ne présentait de perte de poids supérieure à 10 %. Les nouveau-nés allaités avaient en moyenne une perte de poids de 5,5 %, et ceux alimentés au biberon de 1,2 % (73).

Au Québec, parmi les informations données aux futurs parents dans le guide « Mieux vivre avec votre enfant », paru en 2009, la perte de poids tolérée est de 5 à 7 % pendant les 3-4 premiers jours de vie, avec une reprise du poids de naissance entre J10 et J14.

Au terme de la surveillance clinique du nouveau-né en maternité, les malformations et les pathologies néonatales nécessitant une prise en charge urgente doivent être dépistées sans retard.

Les autres éléments importants, dont il faut s'assurer, sont l'accompagnement de l'alimentation (allaitement maternel et artificiel), la réalisation des dépistages en accord avec les recommandations, l'instauration d'un lien mère enfant correct, l'administration de vitamine K et D.

Critère d'éligibilité du nouveau-né à bas risque pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance.

2.2 Dépistages des malformations néonatales

En 2010, selon le registre des malformations de Paris, les malformations congénitales concernent 3 à 4 % des nouveau-nés (registre des malformations de Paris 2010). Toutes ne sont pas dépistées en prénatal et/ou en post-natal immédiat. Lors du séjour en maternité, il est important de dépister les malformations nécessitant une prise en charge urgente, car pouvant impliquer un risque vital dans les premières semaines de vie. Dans différentes

études identifiées précédemment citées (52, 57), les malformations cardiaques représentent une part importante des urgences vitales et des décès du premier mois de vie.

2.2.1 Cardiopathies

Les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes des malformations (1/4). Elles représentent 8 naissances pour 1 000, les formes complexes comptant pour 2 naissances pour 1 000, et sont susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital du nouveau-né.

Le dépistage précoce des cardiopathies congénitales, en particulier les formes ducto-dépendantes, reste un problème d'actualité. On estime à 25 % le taux de nouveau-nés avec cardiopathie congénitale non diagnostiquée avant la sortie de maternité. Ces malformations représentent 6 à 10 % des causes de mort subite du nourrisson, et environ 2 décès sur 100 000 nouveau-nés. La décompensation aiguë d'une cardiopathie ducto-dépendante méconnue retentit également sur le pronostic fonctionnel et neurologique de l'enfant, ainsi que sur le pronostic postopératoire immédiat en cas de traitement chirurgical. Le dépistage anténatal des cardiopathies congénitales permet d'anticiper la décompensation et d'optimiser la prise en charge de ces patients, avec une amélioration du pronostic immédiat.

Depuis le diagnostic anténatal, une décompensation brutale dans les premières semaines est devenue exceptionnelle, l'expertise clinique post-natale est moins bonne, et les diagnostics tardifs plus fréquents. Or, la performance du diagnostic anténatal varie selon la cardiopathie, et le pourcentage de faux négatifs du diagnostic anténatal reste encore significatif (20 à 50 %).

Ainsi le diagnostic post-natal des cardiopathies est possible, car le dépistage anténatal des cardiopathies n'est pas exhaustif, et certaine cardiopathie telle que la coarctation de l'aorte ne peut se constituer qu'en post-natal. De plus, l'adaptation hémodynamique (chute des résistances pulmonaires et fermeture du canal artériel) n'est définitive qu'entre 2 à 4 jours après la naissance, expliquant que la symptomatologie clinique puisse être retardée. La décompensation, parfois sévère de certaine cardiopathie en particulier ducto-dépendante, peut donc survenir après la sortie. Toutefois, si cette possibilité est connue, sa fréquence, sa gravité et sa relation avec la durée de séjour en maternité a été moins étudiée.

Mellander *et al.* (74) soulignent que l'examen clinique cardio-pulmonaire, réalisé en maternité, comprend l'appréciation visuelle de la coloration des téguments et de la circulation périphérique (temps de recoloration cutanée), l'observation de la fréquence et de la qualité de la respiration, l'auscultation cardiaque et pulmonaire, la palpation du foie et des pouls fémoraux.

Mellander *et al.* (74) ont cherché la fréquence des cardiopathies « critiques », en particulier celles non diagnostiquées au cours du séjour en maternité, et si cette proportion variait au cours de la période étudiée. Cette étude rétrospective sur 9 ans (1993-2001) a été menée dans la région de Göteborg regroupant 37 % des naissances de la Suède. Les auteurs ont défini comme cardiopathies « critiques » celles conduisant au décès avant 2 mois de vie si aucun traitement (chirurgical ou endoscopique) n'était entrepris. Les auteurs ont classé les cardiopathies en 3 groupes : les cardiopathies ducto-dépendantes avec shunt G-D, celles ducto-dépendantes avec shunt D-G, et celles non ducto-dépendantes (tétralogie de Fallot, RVPA, CAV) ne pouvant survivre sans chirurgie précoce. Seuls les enfants nés à terme, à l'hôpital et de poids de naissance supérieure à 2 500 g sans diagnostic prénatal de cardiopathie, ont été inclus. Durant cette période, 351 843 enfants sont nés et 259 enfants remplissaient les critères d'inclusion ; les résultats sont les suivants : 50 % des enfants présentaient une cardiopathie ducto-dépendante avec shunt G-D, 41 % une cardiopathie ducto-dépendante avec shunt D-G et 9 % une cardiopathie non ducto-dépendante. Les enfants avec cardiopathies graves représentaient 11 % des enfants pris en charge, avec une cardiopathie avant 2 mois de vie. Les cardiopathies ducto-dépendantes avec shunt G-D étaient diagnostiquées significativement plus tard que les cardiopathies non ducto-dépendantes et les cardiopathies ducto-dépendantes avec shunt D-G ($p < 0,0001$). Le

diagnostic de cardiopathie « critique » avait été fait avant la sortie de maternité dans 80 % des cas et après la sortie dans 20 % des cas (51 enfants). Parmi ces 51 enfants, 43 % ont été admis en défaillance circulatoire. Les coarctations isolées de l'aorte représentaient la majorité des cardiopathies graves diagnostiquées après la sortie (dans cette série 60 % des coarctations de l'aorte étaient diagnostiquées après la sortie de maternité). L'étude de l'évolution du nombre de cardiopathies sévères diagnostiquées, après la sortie de maternité au cours de la période étudiée (1999-2001), retrouve une augmentation significative (12,5 % en 1993-1995, 20,7 % en 1996-1998, et 26,2 % en 1999-2001). Parmi ces enfants, 41 % sont sortis avant 72 heures et 59 % après 72 heures. Les auteurs suggèrent que cette augmentation pourrait être en rapport avec des sorties plus précoces de maternité (en Suède, en 1993, 26,7 % des enfants sortaient de maternité avant 72 heures vs 51 % en 2001).

Cette étude présente des biais évidents puisque l'évaluation se fait à partir d'un service de cardio-pédiatrie, mais les auteurs signalent que ces pathologies sévères et précoces leur sont quasi toutes référées. D'autre part, il n'a pas été tenu compte des enfants décédés avant leur admission en cardio-pédiatrie. Elle permet toutefois de retrouver deux notions importantes : au moins 20 % des enfants sortent de maternité, sans que le diagnostic de cardiopathie grave soit fait, et la plupart des diagnostics non faits sont des cardiopathies ducto-dépendantes avec shunt G-D et en premier lieu la coarctation simple de l'aorte. Parmi ces enfants, près de la moitié est admise en défaillance circulatoire. Enfin Mellander *et al.* (74) signalent une augmentation du nombre de ces cardiopathies diagnostiquées après la sortie de maternité, et posent le problème de leur relation avec le raccourcissement du séjour en maternité.

Un des problèmes effectivement est la sensibilité du diagnostic clinique en maternité. Richmond *et al.* (75) retrouvent que moins de la moitié des enfants, ayant une cardiopathie (toutes cardiopathies confondues), avaient un souffle durant la période néonatale.

Afin d'améliorer la sensibilité de l'examen clinique, certains auteurs ont suggéré la mesure de l'oxymétrie de pouls avant la sortie de la maternité.

Le *NHS quality improvement of Scotland UK national screening program* préconise, en effet, que la mesure par oxymétrie de pouls soit actuellement une aide au diagnostic, mais non une méthode de dépistage (76).

Dans une étude récente, Prudhoe *et al.*, en 2013 (77), ont évalué rétrospectivement la pertinence de l'oxymétrie de pouls effectuée en maternité durant 10 ans (1999-2009) à la naissance après 2 heures, et avant sortie (l'âge de sortie pouvant être très précoce avant 24 h). Parmi les 29 925 enfants nés durant cette période, 77 avaient une cardiopathie sévère (traitement chirurgical nécessaire avant 1 mois) ou grave (traitement chirurgical nécessaire avant 1 an). L'oxymétrie de pouls a aidé au diagnostic de 10 enfants, mais a été normale chez 20 d'entre eux, et en particulier dans des cas de transpositions des gros vaisseaux (TGV). Les auteurs suggèrent que la réalisation trop précoce de l'oxymétrie peut être une des explications de ces résultats. La revue de la littérature, faite par les auteurs, retrouve que le taux de détection des cardiopathies en maternité par une oxymétrie de pouls varie selon les études de 81 à 97 % pour les TGV, 24 à 54 % pour les coarctation et interruption de arche aortique, 61 à 100 % pour les ventricules uniques, 72 à 97 % pour les hypoplasies du cœur gauche, 44 à 97 % pour les atrésies tricuspides, et 44 à 100 % pour les atrésies pulmonaires à *septum* intact.

En conclusion : le dépistage clinique des cardiopathies fait en maternité permet de dépister une grande majorité des cardiopathies pouvant mettre en jeu le pronostic vital au cours des deux premiers mois de vie. Toutefois, environ 20 % des enfants sortent de maternité sans que le diagnostic soit fait avec un risque de décès ou d'urgence vitale dans les jours suivant la sortie. Les cardiopathies diagnostiquées le plus tardivement sont les cardiopathies ducto-dépendantes avec shunt G-D et, en premier lieu, la coarctation de l'aorte. La diminution des durées de séjours en maternité pourrait expliquer l'augmentation de la méconnaissance de ces cardiopathies avant la sortie de maternité. La mesure systématique de l'oxymétrie de pouls, lors de la sortie, pourrait être une aide au diagnostic, mais les données de la littérature

restent insuffisantes, notamment sur une standardisation de la mesure (âge post-natal minimum, matériel, méthode, etc.), actuellement non réalisée dans les études rapportées.

2.2.2 Malformations digestives

Certaines malformations, suspectées en prénatal, seront rapidement confirmées dès la salle de naissance (atrésie d'œsophage, imperforation anale). À l'inverse, d'autres malformations digestives ne seront diagnostiquées que plus tard, d'où la nécessité de la surveillance de la mise en route des fonctions digestives (transit spontané, absence de vomissement).

2.2.3 Autres malformations néonatales

L'examen médical du nouveau-né dans les 8 premiers jours, répété à la fin du premier mois, permet de compléter le dépistage d'autres malformations de révélation plus tardive telles que par exemple des anomalies oculaires.

2.3 Dépistage des pathologies néonatales

Deux pathologies néonatales doivent être dépistées et maîtrisées : l'ictère et la pathologie infectieuse.

2.3.1 Ictère

L'ictère dit « physiologique » touche 40 à 60 % des nouveau-nés à terme. Il apparaît vers les 2^e ou 3^e jour, et est maximum vers le 4^e ou 5^e jour. L'ictère est lié à une accumulation de bilirubine au niveau de la peau et des muqueuses secondaire à une élévation du taux de bilirubine libre circulante. L'ictère « physiologique » est secondaire à l'excès de production de bilirubine (nombre de globules rouges plus élevé et de durée de vie plus courte) associé à une immaturité du métabolisme hépatique. L'ictère néonatal est dit « non physiologique » lorsqu'existe une pathologie conduisant à un excès de destruction de globules rouges ou plus rarement une anomalie du métabolisme hépatique (78).

Les causes d'ictères « non physiologiques » sont nombreuses : allo-immunisation Rh ou ABO, anomalie du groupe rhésus et en premier lieu un déficit en G6Pd, toutes causes favorisant l'hémolyse (hématome, sepsis, polyglobulie, etc.). Les anomalies du métabolisme hépatique sont plus rares (maladie de Gilbert, maladie de Crigler Najjar, maladie métabolique, etc.). Il existe un risque accru d'hyperbilirubinémie lors de l'allaitement maternel mal accompagné, lié à une carence d'apport avec augmentation du cycle entéro-hépatique.

Le risque majeur de l'hyperbilirubinémie est l'ictère nucléaire, complication redoutable, avec un risque de décès et de séquelles neurologiques sévères. Le risque est d'autant plus important que le taux de bilirubinémie est élevé, mais il existe une sensibilité individuelle. En dessous de 450 micromole/l, le risque d'ictère nucléaire est faible chez l'enfant né à terme bien portant, mais le risque augmente si l'AG diminue ou s'il existe des comorbidités. Le risque d'ictère nucléaire est en revanche important à partir de 515 micromole/l. L'augmentation des ictères nucléaires a été montrée en lien avec les sorties précoces de maternité (avant 48 heures) aux États-Unis et l'absence d'accompagnement de l'allaitement maternel.

Un ictère précoce (survenu avant 24 heures), prolongé (au-delà de 14 jours) et/ou élevé, est donc pathologique et à risque de complication.

L'évaluation des facteurs de risques et des facteurs prédictifs précoces d'hyperbilirubinémie est donc essentielle pour envisager la sortie de maternité.

► Facteurs de risques d'ictère sévère

Dans son rapport publié en mai 2010 (79), le Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues, mandaté par le NICE, a défini une population à risque d'ictère néonatal sévère et pour cela a retenu 7 études rétrospectives (dont 6 avec cas-témoins) et une étude prospective, toutes de niveau de preuve 2.

Les 6 études rétrospectives avec cas-témoins ont recherché, avec une méthodologie similaire, des facteurs de risque liés à une hyperbilirubinémie.

Gale *et al.*, en 1990, avaient comparé parmi les 10 122 enfants, nés dans un hôpital universitaire durant 5 ans, ceux ayant eu une bilirubine sanguine (BS) supérieure à 221 micromole/l (n = 1 124) à un groupe témoin d'enfants ayant eu une BS inférieure à 221 micromole/l (n = 1 124). Newmann *et al.*, en 2000, avaient aussi comparé, parmi une population de 51 387 enfants d'âge gestationnel (AG) de plus de 36 SA et de poids de naissance (PN) supérieur à 2 000 g, nés durant 2 ans dans 11 hôpitaux, ceux ayant eu une BS > 427 micromole/l à un groupe-témoin.

Keren *et al.*, en 2005, ont recherché des facteurs de risque d'ictère sévère parmi les enfants d'AG > 36 SA et de PN > 2 000 g ou d'AG > 35 SA et de PN > 2 500 g bien portants nés au sein d'un réseau évaluant les sorties précoces. Ils ont comparé, parmi les 899 enfants ayant une BS avant et après sortie, ceux qui avait une BS après sortie de l'hôpital supérieure au 95^e percentile des courbes de Bhutani et ceux ayant une BS inférieure au 95^e percentile. Kuzniewicz *et al.*, en 2008, ont recherché sur 10 ans les facteurs de risque liés à la survenue d'une BS > 427 micromole/l chez 62 enfants d'AG > 34 SA et de PN > 2 000 g nés au sein d'un réseau comparé à 62 enfants de ce réseau ayant une BS < 427 micromole/l.

Maisels *et al.*, en 2009, ont recherché, parmi 11 456 enfants suivis après la sortie de la maternité, les 75 enfants réadmis pour BS > 291 micromole/l comparé à 75 cas-témoins ayant une BS < 291 micromole/l.

L'étude rétrospective de Khoury est un peu différente : elle a recherché, dans une population d'enfants inclus dans un programme de suivi (car nés de vétérans de l'armée américaine), le risque de récurrence d'ictère dans une fratrie.

L'étude prospective de Keren *et al.* a inclus 812 enfants nés dans un hôpital de type III d'AG > 36 SA et de PN > 2 000 g ou d'AG > 35 SA et de PN > 2 500 g et a comparé les 48 enfants ayant un ictère > 290 micromoles/l à J3-J5 aux 703 enfants sans ictère.

Les résultats de ces études sont résumés sur les tableaux suivants. Les facteurs de risque significatifs en analyse multivariée ont été l'AG < 38 SA (6 études), l'alimentation au sein exclusif (ou l'intention d'allaitement exclusif à la sortie) (5 études), l'existence d'hématome, de céphalématome, d'utilisation de ventouse (3 études), les antécédents familiaux d'ictère (2 études).

Tableau 11. Augmentation du risque d'hyperbilirubinémie en fonction de l'âge gestationnel (37–38 SA vs 40–41 SA).

Auteurs, année	Âge gestationnel (SA) : OR, intervalle de confiance à 95 %
Gale <i>et al.</i> 1990	37 SA : 4,5 [3,2–6,3] 38 SA : 2,1 [1,6–2,8]
Newman <i>et al.</i> 2000	6,9 [2,7–17,5]
Keren <i>et al.</i> 2005	2,6 [1,5–4,5]
Kuzniewicz <i>et al.</i> 2008	34-37 : 3,7 [0,6–22,7] 38-39 : 3,1 (1,2–8) (avec comme référence 41 SA)
Keren <i>et al.</i> 2008	19 [6,3–56]
Maisels <i>et al.</i> 2009	35-36+6 : 20,7 [2,34–184] 37-37+6 : 14,8 [1,91–115]

Tableau 12. Risque d'hyperbilirubinémie en cas d'allaitement exclusif (ou intention d'allaitement exclusif).

Auteurs, année	OR, intervalle de confiance à 95 %
Newman <i>et al.</i> 2000	6,9 [2,7–17,5]
Kuzniewicz <i>et al.</i> 2008	2 [1,03–4]
Keren <i>et al.</i> 2005	2,6 [1,5–4,5]
Keren <i>et al.</i> 2008	3,7 [1,1–13]
Maisels <i>et al.</i> 2009	10,7 [2,37–48]

Tableau 13. Risque d'hyperbilirubinémie en cas d'hématome, céphalématome et utilisation de ventouse.

Auteurs, année	OR, intervalle de confiance à 95 %		
	Hématome	Céphalématome	Ventouse
Newman <i>et al.</i> 2000	3,5 [1,7–7,4]	3,2 [1,1–9,2]	NS
Newman <i>et al.</i> 2000	2,4 [1,2–4,8]	NS	NS
Keren <i>et al.</i> 2005	NS	NS	2,2 [1,5–3,6]
Keren <i>et al.</i> 2008	NS	NS	NS
Gale <i>et al.</i> 1990	NS	NS	3 [2,1–4,4]

Tableau 14. Risque d'hyperbilirubinémie en cas d'antécédents familiaux d'ictère dans la fratrie.

Auteurs, année	OR, intervalle de confiance à 95 %
Newman <i>et al.</i> 2000	6 [1-36]
Newman <i>et al.</i> 2000	NS
Gale <i>et al.</i> 1990	2,3 [1,9-2,8]
Khoury <i>et al.</i> 1988	Modéré (BS < 205 micromole/l) : 2,7 [1,8–4,1] Moyen (BS 205-257 micromole/l) : 4,1 [1,5–10,8] Sévère (BS > 257 micromole/l) : 12,5 [2,3–65,3]

Les conclusions du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues mandaté par le NICE (79) sont que les éléments qui influencent l'hyperbilirubinémie et doivent inciter à la prudence sont :

- l'AG inférieur à 38 SA ;
- l'allaitement ou l'intention d'allaitement maternel exclusif ;
- un ictère visible survenant dans les 24 premières heures de vie ;
- l'antécédent dans la fratrie d'ictère traité par photothérapie ;
- l'existence d'hématome, de céphalématome, avec ou sans utilisation de ventouse (bien que l'utilisation de celle-ci ne soit pas un facteur significatif dans la seule étude prospective).

L'Académie canadienne de pédiatrie a aussi émis des recommandations en 2007 (80). Les facteurs significatifs retenus sont :

- l'AG inférieur à 38 SA ;
- les antécédents d'ictère dans la fratrie ;
- les ecchymoses visibles ;
- l'existence de céphalématome ;
- l'âge maternel supérieur à 25 ans ;
- l'ascendance asiatique ;
- le sexe masculin.

En revanche, l'allaitement exclusif ou partiel est noté variable selon les publications, dépendant beaucoup des cultures. Les auteurs soulignent aussi que ces facteurs de risque sont surtout utiles pour interpréter les résultats de la bilirubine transcutanée (BTS).

Dans son actualisation publiée en 2006, des recommandations portant sur les « 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) » la société suisse de néonatalogie n'a pas cité de facteurs de risque (81).

Le réseau « Sécurité naissance-naître ensemble » Pays de la Loire a aussi émis des recommandations pour l'ictère du nouveau-né de plus de 35 SA, et a retrouvé comme facteurs aggravants devant inciter à la prudence :

- les antécédents familiaux d'ictère ou de maladies hémolytiques familiales ;
- l'incompatibilité sanguine foëto-maternelle ;
- l'allaitement maternel ;
- un contexte infectieux ;
- la prématurité entre 35 et 37 SA ;
- les hématomes et céphalématomes ;
- la polyglobulie.

Au vu de la littérature développée dans le rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues mandaté par le NICE et dans les recommandations des sociétés canadienne et du réseau Pays de la Loire, on peut donc retenir les facteurs de risque suivants (cf. encadré ci-dessous). L'intention d'allaitement exclusif à la sortie est plus controversée, car liée à la culture et aux possibilités d'accompagnement à la sortie. Sa relation dans certaines études avec un ictère sévère doit toutefois inciter à la prudence et à la surveillance. Tous ces éléments font entrer les enfants dans un groupe à risque.

Recommandations sur les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère retenus :

- un âge gestationnel inférieur à 38 SA ;
- un ictère survenant dans les 24 premières heures de vie ;
- des antécédents dans la fratrie d'ictère traité par photothérapie ;
- une histoire familiale évocatrice de maladies hémolytiques (incompatibilité fœto-maternelle, déficit en G6PD, etc.) ;
- l'existence d'hématome et/ou de céphalhématome ;
- un enfant dont les parents sont originaires d'Asie, d'Afrique ou des Antilles.

La relation entre l'allaitement exclusif et l'ictère sévère ne pose de problèmes qu'en cas de difficultés de mise en place de l'allaitement entraînant une déshydratation relative. Cette situation incite à la prudence. **Elle justifie un accompagnement, un soutien et une surveillance de la mise en place de l'allaitement maternel en maternité, mais également après la sortie (82).** Une prise de poids insuffisante ou une perte de poids > 8 % du poids de naissance doit inciter à une vigilance particulière.

► Facteurs prédictifs précoces d'ictère sévère

L'ictère clinique survenu avant 24 heures doit être considéré comme pathologique en toute circonstance. Cet élément est rappelé dans tous les rapports et recommandations précitées (société suisse, société canadienne, Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues).

Les facteurs prédictifs précoces reposent sur la bilirubine sanguine (BS) (au cordon, avant 24 h, avant la sortie) et la bilirubine transcutanée (BTC) à la sortie.

Les dix recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie publiée en 2004 (83), concernant la prévention de la survenue d'ictère sévère (ictère nucléaire), étaient les suivantes :

- promouvoir et accompagner l'allaitement maternel ;
- établir des protocoles pour identifier et évaluer l'hyperbilirubinémie dans toutes les maternités ;
- mesurer la BS et/ou la BTC dans les 24 première heures ;
- savoir que l'évaluation visuelle du degré de jaunisse n'est pas fiable ;
- savoir que les enfants d'AG < 38 SA, surtout ceux alimentés au sein, sont à plus haut risque d'ictère sévère et doivent être particulièrement surveillés ;
- interpréter le taux de BS en fonction de l'âge post-natal ;
- mettre en place une politique de dépistage de l'ictère avant la sortie de maternité ;
- informer les parents sur le diagnostic et les risques de l'ictère oralement et par écrit ;
- mettre en place un suivi après la sortie de la maternité ;
- traiter les enfants par photothérapie et/ou **EST** dès l'indication.

Les recommandations plus récentes du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues mandaté par le NICE, intitulé « Neonatal jaundice », publié en 2010 (79), ont abordé tout particulièrement les différents points développés ci-après.

► Valeur prédictive de la BS au cordon (BSC)

Depuis la publication du rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE, une étude a été publiée par Ipek en 2012 sur ce point (84). Au total, 4 études prospectives (de niveau de preuve II) ont été identifiées.

Carbonell *et al.*, en 2001, en Espagne ont inclus 610 nouveau-nés bien portants, comparant la BS au cordon avec la BTC à 48 h, 60-96 h, et pour 169 enfants la BS à 24 h et 48 h. Ils ont retenu comme seuil de BS pathologique une BS > 290 micromole/l.

Knupfer *et al.*, en 2005, en Allemagne, ont recherché dans une population de 1 110 enfants eutrophes et 163 hypotrophes la valeur de BSC pouvant prédire une BS > 300 micromole/l ou la nécessité de photothérapie selon les courbes de l'AAP.

Taksande *et al.*, en 2005, en Inde, ont recherché chez des nouveau-nés à terme bien portants la valeur prédictive d'une BSC > 34 micromole/l pour prédire une BS > 290 micromole/l après 72 heures.

Enfin Ipek *et al.*, en 2012, en Turquie, ont recherché chez 330 enfants à terme bien portant la valeur de BSC pouvant prédire une BS > 290 micromole/l.

Les résultats sont résumés sur le tableau suivant :

Tableau 15. Valeurs prédictives de la BS.

Auteur, année	Seuil (µmol/l)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
Carbonell 2001	37	22	94	-	-
Knupfer 2005 Groupe 1	30	97	41	5	99,8
Groupe 2		100	44	5,4	100
Taksande 2005	34	89,5	85	38	98
Ipek 2012 (84)	45	-	97	-	97

Conclusion : Ces études posent le problème de seuils différents de prédiction et de résultats hétérogènes. Il semble donc difficile de recommander la réalisation de BSC dans la pratique clinique courante pour déterminer une population à bas risque. Les recommandations du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE (79) vont d'ailleurs dans ce sens. Sa faible spécificité est aussi soulignée par la société canadienne de pédiatrie.

► [Valeur prédictive de la BS avant 24 heures](#)

Le rapport de NICE identifie 3 études prospectives de méthodologie semblable.

Carbonell *et al.* (niveau de preuve II), en 2001, dans la seconde partie de leur travail, ont recherché chez 1 394 nouveau-nés bien portants les valeurs de BTC et BS à 24 heures, permettant de prédire une BS > 290 micromole/l.

Agarwal, en 2002 (niveau de preuve Ib), en Inde, a recherché chez 220 enfants d'AG > 35 SA la prédiction par une BS à 24 h + 6 h à 102 micromole/l d'une BS > 290 micromole/l.

Alpay *et al.* (niveau de preuve II), en 2000, en Turquie, ont recherché dans une population de 498 enfants bien portants d'AG > 38 SA la valeur prédictive de la BS à 24 heures (à 102, 120 et 137 micromole/l) pour prédire une BS > 290 micromole/l à J4.

Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 16. Valeurs prédictives de la BS à 24 heures.

Auteur, année	Seuil (µmol/l)	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)
Carbonell 2001	102	100	60	26	100
Agarwal 2002	102	95,4	70,7	27	99,3
Alpay 2000	102 120	90 82	65 32	27 32	99,3 97

Au vu de ces études, il semble exister un intérêt au dosage de la BS < 24 h essentiellement, car une BS < 102 micromole/l élimine un ictère sévère entre J4 et J5.

Ceci rejoint les recommandations émises par les sociétés suisse et canadienne de pédiatrie sur le caractère pathologique d'un ictère survenu avant 24 heures, qui doit être reconnu et dépisté.

► Dosage de la BS avant la sortie

L'étude princeps de Bhutani, en 1999, a permis de réaliser un nomogramme selon le risque potentiel d'ictère sévère déterminé par le taux de BS pour un âge post-natal donné (en heure). Il permet ainsi de placer un enfant en fonction de son taux de BS dans l'un des quatre groupes :

- groupe à haut risque (> 95^e percentile) ;
- groupe intermédiaire haut (compris entre le 75^e et le 95^e percentile) ;
- groupe intermédiaire bas (compris entre le 40^e et le 75^e percentile) ;
- groupe à bas risque (< 40^e percentile).

Une BS > 95^e percentile permet de prédire un ictère sévère, avec une sensibilité de 54 %, une spécificité de 96 %, une VPP de 39 % et une VPN de 97 %. Une BS entre le 40^e et le

75^e percentile permet de prédire un ictère sévère avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 64 %, une VPP de 11 % et une VPN de 100 %. Enfin, le LR est de 14,1 pour le groupe à haut risque, de 3,2 pour le groupe intermédiaire haut, de 0,5 pour le groupe intermédiaire bas et de 0 pour le groupe à bas risque.

Romagnoli *et al.* en 2012 ont aussi proposé, avec une méthodologie semblable, un nomogramme (85) et l'a comparé avec celui de Bhutani *et al.* Ils retrouvent une répartition gaussienne des pics de BS entre 24 et 120 h et une corrélation significative entre BS > 25 h et pic BS ($p < 0,001$). Le 75^e percentile de la courbe > 72 h détecte les ictères sévères (BS > 290 micromole/l), avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 87 %, une VPP de 11 % et une VPN de 100 %. Une BS < 50^e percentile détecte tous les enfants sans hyperbilirubinémie pathologique. La comparaison avec la courbe de Bhutani conclut que le 50^e percentile de la courbe de Romagnoli est équivalente au 40^e percentile de Bhutani, et un meilleur dépistage des hyperbilirubinémies par la courbe du 75^e percentile entre 48 h et 72 h.

En conclusion : l'utilisation de ces nomogrammes est intéressante, car elle permet de placer l'enfant dans un des quatre groupes à risque croissant d'ictère sévère, et donc d'adapter la surveillance après la sortie. Le choix entre les deux nomogrammes est à discuter en fonction de son recrutement. Néanmoins, l'utilisation de ces nomogrammes avec la BS impose un prélèvement à tous les enfants et ne peut être de pratique courante. Le développement des BTC permet d'effectuer ce dépistage de façon non invasive.

► Corrélation entre la BTC et BS

Une étude rétrospective et deux études prospectives avaient été retenues, toutes de niveau de preuve II. Une étude prospective publiée depuis par Campell peut être également retenue (86).

L'étude rétrospective est celle d'Ebersen *et al.*, réalisée au Danemark en 2002. Les auteurs ont dosé en même temps la BTC et la BS, et étudié la valeur prédictive de la BTC (d'au moins 70 % de la BS imposant la photothérapie) pour prédire une hyperbilirubinémie. Samantha *et al.*, en 2004, ont mesuré la BTC en même temps que la BS chez 300 enfants d'AG > 33 SA avant la mise sous photothérapie.

Briscoe, en 2006, aux États-Unis, a réalisé une étude prospective en mesurant en même temps la BTC et la BS chez des nouveau-nés d'AG > 34 SA, et a recherché une corrélation permettant de prédire une BS > 249 micromole/l.

Enfin Campell, en 2011, a mesuré en même temps la BS et la BTC lors de la sortie d'une population d'enfants d'AG compris entre 33 et 37 SA, et a recherché la concordance des mesures.

Les résultats sont résumés sur le tableau suivant :

Tableau 17. Évaluation de la corrélation en la bilirubine sanguine et la bilirubine transcutanée.

Auteur, année	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	VPP (%)	VPN (%)	Concordances des mesures
Ebersen 2002	99	81	4,8	100	BTC 70 % de la BS = > photothérapie
Samantha 2004	91	60	37	97	BTC > 195 pour BS > 200
Briscoe 2006	86	78			BTC > 199 pour BS > 249
Campell 2011	96	57	34	97	BTC > 180 pour BS > 200

(86)					
------	--	--	--	--	--

La corrélation BTC/BS est bonne ($r = 0,77$ $p < 0,0001$ pour Samantha *et al.* et $r = 0,76$ $p < 0,0001$ pour Briscoe *et al.*).

La différence moyenne entre BTC et BS est de -10,6 micromole/l (IC95 % [-80 ; +60]) pour Samantha *et al.* et $12,7 + 32,9$ (IC 95 % [-52 à +77]) pour Campell *et al.* Dans cette étude, les 86 enfants ayant eu de la photothérapie ont eu, dans 57 %, des cas une surestimation et dans 43 % des cas une sous-estimation dont 12 % > 50 micromole/l.

Conclusion : Au vue de ces études, on peut donc retenir que la corrélation entre BTC et BS est correcte à bonne. Le BTC seuil, imposant un dosage de BS, doit être inférieur à celui de la BS indiquant la photothérapie. Le problème est de savoir de combien, car un seuil bas dépistera tous les malades mais aussi les non-malades et, à l'inverse, un seuil trop haut va dépister peu de non-malades mais risque de laisser passer les malades. Dans l'étude de Campell, la sous-estimation pouvant atteindre 50 micromole/l, on peut retenir ce seuil.

► Intérêt du BTC systématique à la sortie

Depuis la publication du rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE (79), une autre étude, celle de Shamster (87) a été identifiée sur ce point. Au total, deux études prospectives (niveau de preuve Ib) ont essayé de répondre à cette question.

Bhutani en 2000 (88) a inclus 490 nouveau-nés d'AG > 36 SA et PN $> 2\,000$ g ou d'AG > 35 SA et PN $> 2\,500$ g sortis bien portants d'une maternité de type III. Il a mesuré à la sortie la BTC et la BC entre 24 et 72 h, et a recherché la capacité d'une BTC $> 75^{\text{e}}$ percentile à prédire une BS $> 95^{\text{e}}$ percentile.

Shamster *et al.*, en 2009 (87), ont inclus 322 enfants d'AG > 35 SA suivis jusqu'à J5. Ils ont effectué 2 mesures de BTC : à $24 \text{ h} \pm 6 \text{ h}$ et au moins 12 h plus tard. Ces mesures, reportées sur la courbe de Bhutani, ont été comparées à la nécessité de photothérapie lors du suivi selon les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie.

Pour Bhutani (88), la corrélation BTC/BS est bonne : $r = 0,91$ $p < 0,01$, ainsi que la concordance : -8 (IC95 % [-38,9 ; 54,5]). La capacité prédictive d'un BTC $> 75^{\text{e}}$ percentile à prédire une BS $> 95^{\text{e}}$ percentile est bonne, avec une sensibilité de 100 %, une spécificité de 88 %, une VPP de 33 % et une VPN de 100 %.

Pour Shmaster *et al.* (87), les facteurs prédictifs indépendants de la nécessité de photothérapie sont l'AG < 37 SA, la BTC à la sortie, la vitesse d'augmentation de la BTC. La BTC à la sortie a un intérêt pour prédire une hyperbilirubinémie. En effet, une BTC $> 75^{\text{e}}$ percentile permet de prédire tous les enfants ayant une BS $> 95^{\text{e}}$ percentile, mais seul 1/3 des enfants ayant une BTC $> 75^{\text{e}}$ percentile auront une BS $> 95^{\text{e}}$ percentile, et aucun enfant ayant une BTC $< 75^{\text{e}}$ percentile n'aura une BS $> 95^{\text{e}}$ percentile.

Ces résultats sont en accord avec les recommandations de la société canadienne de pédiatrie, qui préconise une mesure extrapolée de la BTC à la sortie reportée sur les courbes de Bhutani. Cette mesure extrapolée peut aussi être associée à un score incluant les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie et en particulier l'AG.

D'autre part, les mesures répétées de BTC sont intéressantes, car la vitesse d'augmentation du BTC est significativement associée à la nécessité de photothérapie (87).

De Luca *et al.* (65) soulignent toutefois le risque d'une vitesse d'augmentation de la BTC supérieure à celle prédite par les nomogrammes (croisant alors les courbes de percentiles), en particulier dans les cas où le nomogramme utilisé n'est pas adapté à la population étudiée. Les auteurs rapportent en effet qu'une vitesse d'augmentation de la BTC $>$

0,1 mg/dl/h durant les 48 premières heures doit inciter à la prudence et que, si cette vitesse est supérieure à 0,25 mg/dl/h, le risque de sous-estimation est important.

En conclusion : La mesure de la BTC à la sortie, reportée sur le nomogramme de Bhutani permet donc de prédire une hyperbilirubinémie et la nécessité de photothérapie. La mesure répétée de la BTC est aussi intéressante, car la vitesse d'augmentation est corrélée à la nécessité de photothérapie. De même, une vitesse d'augmentation importante faisant croiser les courbes des nomogrammes doit inciter à la prudence dans l'interprétation.

- ▶ La recherche d'hémolyse doit-elle être systématique avant d'autoriser la sortie de maternité ? (situation à risque d'hémolyse plaçant l'enfant dans un groupe à risque imposant une surveillance particulière).

Les facteurs de risque d'hémolyse étudiés dans la littérature sont : le groupe et rhésus systématique chez les enfants de mère O (et Rh-), le test de Coombs au cordon et enfin la recherche de G6Pd au cordon dans une population ciblée.

La détermination du groupe sanguin de l'enfant de mère rhésus négatif est systématique, afin de permettre l'injection de gammaglobuline anti-D en cas de rhésus positif chez l'enfant. En revanche, la détermination du groupe de l'enfant en cas de mère de groupe O ainsi que le test de Coombs au cordon ne sont pas systématiques. L'intérêt de la détermination du groupe sanguin de l'enfant né de mère O et de rhésus négatif, ainsi que celle du test du Coombs systématique a été étudié dans 3 études rétrospectives (niveau de preuve III) (89-91) et 2 études prospectives (niveau de preuve II) citées dans le rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE.

Tatopoulos *et al.*, en 2010, ont inclus en France tous les 1 492 enfants nés à terme bien portants dans un centre universitaire durant un an, de mère de groupe O et de rhésus négatif : ils ont recherché les facteurs de risque d'ictères sévères. En analyse multivariée, les résultats montrent que les nouveau-nés de groupe A, B ou AB ont un risque plus important d'ictère sévère (OR = 2,35 [1,22–4,52]). La détermination du groupe rhésus dans la prédiction de l'ictère a une sensibilité de 50 %, une spécificité de 70 %, une VPP de 7 % et une VPN de 96 %. La réalisation systématique du test de Coombs n'améliore pas la VPN.

Madan *et al.* en 2004 ont inclus, dans une étude rétrospective (niveau de preuve III), 2 243 enfants nés de mère O et/ou rhésus négatif durant un an. Le test de Coombs étant systématiquement réalisé au cordon, les auteurs ont évalué son utilité pour prédire une hyperbilirubinémie et une réhospitalisation pour ictère. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'augmentation du taux de réadmission en cas de Coombs positif, et le seul élément prédictif d'une réhospitalisation était la BS à la sortie. Cette étude comporte toutefois de nombreux biais méthodologiques.

Kaplan, en 2005, en Israël, étude citée dans le rapport du Collège Royal britannique, a comparé dans une population de nouveau-nés d'AG > 35 SA sortis entre J2 et J4, les caractéristiques des enfants mis sous photothérapie d'emblée et ceux réhospitalisés pour ictère. Les enfants ABO, incompatibles avec leur mère avec test de Coombs positif étaient plus souvent sous photothérapie lors du séjour en maternité (48 % vs 8 % p < 0,0001).

Deux études prospectives ont évalué l'intérêt de la détermination du test de Coombs et du groupe sanguin de l'enfant.

L'étude d'Herschel, publiée en 2002 (de niveau de preuve II), citée dans le rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE, a étudié la prédiction d'une hémolyse (par mesure de l'ETCO₂) et d'une BS ou BTC > 75^e percentile de Bhutani. Les auteurs ont montré que le test de Coombs positif au cordon prédisait une hyperbilirubinémie avec une sensibilité de 14 %, une spécificité de 98 %, une VPP de 53 % et VPN de 89 %.

L'étude de Sarici *et al.* (de niveau de preuve II) (2002), citée également dans ce rapport, a inclus les nouveau-nés de groupe A ou B nés de mère O, et a mesuré le test de Coombs au

cordons et la BS à 6 h, 30 h, 54 h, 78 h, 102 h, et a recherché la prédiction de l'hyperbilirubinémie à J1 (BS > 85 micromole/l), J2 (205 micromole/l), J3 (256 micromole/l), J4 (290 micromole/l). L'étude montre une prédiction d'hyperbilirubinémie par le test de Coombs positif avec une sensibilité de 20 %, une spécificité de 100 %, une VPP de 100 % et une VPN de 82 %. L'absence de groupe-témoin rend toutefois l'interprétation difficile.

Deux études prospectives se sont intéressées au dépistage ciblé du déficit en G6Pd. Lim *et al.*, en 2004 (92), ont mesuré l'activité en G6Pd au cordon retrouvé déficitaire chez 140 nouveau-nés d'AG > 35 SA et de PN > 2 000 g nés dans un hôpital universitaire avec, pour objectif, de déterminer si la bilirubine mesurée à J3 dans cette population pouvait prédire la nécessité de photothérapie selon 3 seuils : 154 micromole/l (25^e percentile), 202 micromole/l (60^e percentile), 225 micromole/l (75^e percentile). Les résultats ont retrouvé une incidence du déficit de 2,5 %, la prématurité significativement liée à la survenue d'ictère ($p < 0,011$) dans cette population. En cas d'absence d'hyperbilirubinémie à J7 dans cette population déficitaire, elle n'apparaissait pas dans la 2^e semaine. Enfin la prédiction par la BS à J3 d'une hyperbilirubinémie était la suivante (selon les seuils) :

- seuil à 154 micromole/l : sensibilité à 100 %, spécificité à 39 %, VPP à 51 %, VPN à 100 % ;
- seuil à 202 micromole/l : sensibilité à 83 %, spécificité à 87 %, VPP à 81 %, VPN à 89 % ;
- seuil à 225 micromole/l : sensibilité à 66 %, spécificité à 100 %, VPP à 100 %, VPN à 82 %.

L'étude de Shah *et al.*, en 2007, a mesuré l'activité au cordon chez 168 nouveau-nés, et a essayé de déterminer si la BS à J3 et J4 pouvait prédire la nécessité de photothérapie dans la population déficitaire. L'étude a retrouvé une incidence du déficit de 2,4 %, 51 % des enfants déficitaire mis sous photothérapie, tous avant J7, dont 7 % avant 48 heures ; 41 % des enfants n'ont pas présenté d'ictère avant J7, et aucun de ces enfants n'en ont présenté après J7. Les facteurs de risque retrouvés étaient le sexe masculin et les antécédents dans la fratrie. Enfin, une BS < 160 micromole/l à J4 prédit l'absence d'ictère dans cette population déficitaire, avec une sensibilité de 94 %, une spécificité de 83 %, une VPP de 82 %, une VPN de 94 %.

Conclusion : L'intérêt de la recherche systématique d'une situation à risque d'hémolyse n'est pas univoque dans la littérature. Ces résultats rejoignent les recommandations des sociétés suisse et canadienne. Pour la société suisse de néonatalogie, le diagnostic d'hémolyse est difficile à faire, car le test de Coombs n'est pas assez fiable, et le taux de réticulocytes a une mauvaise spécificité et sensibilité. Pour la société canadienne de pédiatrie, le test de Coombs et la détermination du groupe sanguin chez les enfants de mère O n'améliore pas le dépistage de l'ictère. En revanche, la société canadienne propose le dépistage du déficit en G6Pd chez les enfants issus d'ethnie à risque (originaire du bassin méditerranéen, du Moyen-Orient, d'Afrique, d'Asie du Sud-Est) ou lors d'antécédents familiaux aussi bien chez les garçons que les filles.

Au vue de ces données, il semble que la réalisation du test de Coombs systématique pour rechercher une situation à risque d'hémolyse est inutile. La détermination du groupe sanguin chez les enfants de mère O et la recherche de déficit en G6Pd lors d'ethnie à risque ou d'antécédents familiaux peuvent être discutées, car elles permettent de placer les enfants dans un groupe à risque avec la surveillance adéquate. Mais la mise en place de ces dépistages n'est pas simple. En effet, le dépistage ciblé du déficit en G6Pd au cordon pose le problème de la détermination de la population cible et la détermination du groupe sanguin de l'enfant de mère O le problème de sa réalisation, la détermination au cordon n'étant actuellement plus possible.

► Évaluation des politiques de dépistage

L'efficacité des politiques de dépistage de l'ictère a été évaluée dans la littérature sur le taux de réhospitalisations pour ictère.

Quatre études rétrospectives, une retenue dans le rapport du Collège royal britannique des obstétriciens et gynécologues/NICE (93), trois autres (94-96) et une étude prospective (97) ont évalué l'efficacité des politiques de dépistages (toute de niveau de preuve 2).

Aux États-Unis, Petersen a réalisé en 2005 une étude rétrospective avec une cohorte historique. Les auteurs ont comparé les taux de réhospitalisations pour ictère entre 2 groupes de nouveau-nés bien portants et nés à terme et nés soit avant l'utilisation systématique du BTC à la sortie (groupe 1 n = 3 237), soit après (groupe 2 n = 3 366). Il existe une diminution du nombre de réhospitalisations entre les 2 groupes (4,5/1 000 naissances *versus* 1,5 p = 0,04)

Slaughter, en 2009, a recherché a posteriori parmi les nouveau-nés d'AG > 35 SA nés dans un centre III et réhospitalisés pour ictère, les facteurs de risque et en particulier la mesure de la BTC et de la BS à la sortie. Parmi les 6 220 enfants sortis de la maternité, 0,45 % ont été réhospitalisés pour ictère, et la moitié d'entre eux avait une BTC > 75^e percentile.

Eggert, en 2006, (niveau de preuve II) a comparé deux cohortes historiques : l'une avant et l'autre après mise en place d'un protocole de mesure systématique de la BTC à la sortie, et prise en charge si celle-ci était supérieure au 40^e percentile. La comparaison a mis en évidence une diminution des BS très élevées (> 345 micromole/l) et des réadmissions pour ictère.

Punara, en 2011, a évalué rétrospectivement dans une population d'enfants d'AG compris entre 35 et 37 SA réadmis pour ictère, les facteurs de risque et en particulier la mesure de la BTC avant sortie. L'étude a montré que les réadmissions pour ictère était associée significativement avec une BS/BTC de sortie supérieure au 95^e percentile (RR = 49,5 [6,6-370]).

Enfin, Mah en 2010 a réalisé une étude prospective au sein d'un réseau regroupant 123 hôpitaux, parmi une population d'enfants bien portants sortis de la maternité avant (n = 129 845), et après (n = 899 472) un programme de dépistage. Il a évalué l'effet du dépistage et suivi le nombre d'enfants réadmis avec des taux de BS très élevés, compris entre 430 et 500 micromole/l et supérieurs à 500 micromole/l. L'étude a montré une diminution des réadmissions pour ictère et des BS très élevées entre les deux périodes.

En conclusion les résultats des 4 études rétrospectives et de l'étude prospective observationnelle montrent qu'une politique de dépistage systématique de l'ictère à la sortie par mesure de la BTC et/ou BS associées ou non à une politique de suivi diminue les réhospitalisations pour ictère, et en particulier celles pour ictère sévère.

Recommandation sur le critère d'éligibilité du nouveau-né à bas risque pour envisager une sortie dans des conditions optimales

Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupe à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas³ en cas de sortie après une durée de séjour standard, mais groupe à bas risque d'ictère sévère uniquement en cas de sortie précoce).

Rappels

L'histoire naturelle de la bilirubinémie néonatale ou de l'ictère est évolutive sur les dix à quinze premiers jours de vie, conséquence de l'adaptation métabolique néonatale. De ce fait, l'ictère doit être recherché à toute occasion d'examen clinique ou des soins de l'enfant.

³ Groupes définis selon les courbes de référence utilisées.

Dès l'arrivée en suites de couches, il est recommandé de repérer les situations à risque d'ictère :

- en sachant que l'évaluation visuelle du degré de l'ictère est source d'erreur en particulier sur les peaux foncées (celles-ci justifient un dépistage instrumental de l'ictère et une attention particulière) ;
- en relevant l'existence des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère précités ;
- en soutenant l'allaitement maternel (favoriser les tétées fréquentes).

Il est rappelé qu'on distingue les hyperbilirubinémies conjuguées des hyperbilirubinémies non conjuguées. Les hyperbilirubinémies non conjuguées sont les plus fréquentes (dans 99 % des cas), avec des risques de complications neurologiques en cas d'hyperbilirubinémie sévère, et leur prévention est au centre de toutes les recommandations en matière d'ictère (internationales ou en cours de rédaction par la Société française de néonatalogie). Néanmoins, il convient de ne pas oublier que les ictères à bilirubine conjuguée ou directe sont plus rares, évoqués sur des ictères prolongés (> 10 jours) et de cause principalement chirurgicale et métabolique. Le diagnostic ne peut être fait sans dosage de bilirubine conjuguée, et le pronostic dépend aussi de la précocité du diagnostic.

Recommandations sur les modalités de dépistage de l'ictère en maternité et des situations à risque d'ictère sévère

La réalisation de la BS au cordon dans la pratique clinique courante pour déterminer une population à bas risque n'est pas recommandée.

L'ictère clinique avant 36 heures doit être considéré comme pathologique en toute circonstance et justifie un dosage sanguin de bilirubine en urgence.

La réalisation systématique du test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) chez le nouveau-né de mère de groupe O, pour rechercher une situation à risque d'hémolyse, n'est pas recommandée.

Tout ictère dépisté justifie une quantification de son intensité. Elle peut se faire par dosage sanguin de bilirubine (BS) ou par bilirubinométrie transcutanée (BTC). La BTC est une méthode non invasive d'évaluation de la bilirubine sous-cutanée : la corrélation entre BTC et le dosage de BS est correcte pour des valeurs inférieures à 250 μ moles/l et sur peau claire.

Toute discordance clinique et BTC impose la réalisation d'une BS.

Pour être interprétés, les résultats de BTC doivent être rapportés à une courbe des valeurs de bilirubinémies selon l'âge post-natal d'une population normale et classées en percentiles⁴. Toute valeur de BTC atteignant ou dépassant le 75^e percentile impose un dosage de BS.

Il est recommandé d'établir des protocoles de dépistage de l'ictère dans toutes les maternités.

Le dépistage s'accompagne de l'information des parents orale et écrite quant aux risques et aux mécanismes de l'ictère.

⁴ Le nomogramme le plus fréquemment utilisé est celui publié par Bhutani *et al.*

L'ictère doit être estimé au moins une fois par 24 heures chez tous les nouveau-nés, et cette estimation doit être reportée dans le dossier de l'enfant.

La réalisation pour chaque enfant d'un profil évolutif individuel de l'ictère calqué sur le nomogramme (soit au moins deux quantifications de l'intensité de l'ictère dans les premiers jours par BTC ou dosage sanguin) associée à la reconnaissance des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère permet de réduire les réhospitalisations pour hyperbilirubinémie.

Une indication thérapeutique de l'ictère sera posée sur un dosage sanguin de bilirubine.

Recommandations sur les modalités d'organisation de la sortie relatives à l'ictère et à la prévention des hyperbilirubinémies sévères

L'évaluation du risque d'ictère doit être intégrée au raisonnement précédant une décision de sortie de maternité.

Pour chaque enfant, la réalisation d'un profil évolutif de l'ictère calqué sur le nomogramme, associée à la reconnaissance des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère, permet d'assurer une sortie dans des conditions de sécurité optimales, et permet ainsi de réduire les risques de réhospitalisation pour hyperbilirubinémie.

Les modalités de suivi de l'ictère doivent :

- être opérationnelles dans les 24 heures après une sortie précoce de la maternité ;
- permettre une quantification de l'ictère (dosage de la BS ou de la BTC) ;
- permettre une évaluation clinique de l'enfant (pesée) et de l'allaitement (observation d'une tétée) ;
- identifier un circuit de retour éventuel (si nécessaire) vers un établissement de soins.

Les parents doivent être informés avant la sortie des signes d'alerte et du circuit à consulter (cf. « Document d'information »).

Il est recommandé d'inscrire les données concernant l'ictère dans le carnet de santé de l'enfant, ou de mentionner ces informations (facteurs de risque, profil évolutif, diagnostic et résultats des dosages) sur la fiche de liaison destinée à/aux professionnel(s) qui assure(nt) le suivi.

Recommandations sur les paramètres de surveillance des nouveau-nés retournés à domicile quant au risque d'ictère

- Après une durée de séjour standard : surveillance de la coloration et BTC si besoin.
- En cas de sortie précoce : surveillance de la coloration et mesure de BTC (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence).

2.3.2 Pathologies infectieuses

► Infections bactériennes

Les circonstances et modalités de dépistage ainsi que la prise en charge des infections bactériennes materno-fœtales précoces ont fait l'objet de recommandations de l'ANAES en 2002.

L'ANAES a répertorié les signes cliniques à prendre en compte pour évoquer une infection materno-fœtale. L'existence d'une symptomatologie clinique impose des prélèvements bactériologiques et la discussion d'une hospitalisation et/ou d'un traitement antibiotique.

Lorsque l'enfant est asymptomatique, l'ANAES a identifié des critères anamnestiques (majeurs et mineurs) nécessitant une surveillance clinique durant les vingt-quatre premières de vie. Lorsque ces critères anamnestiques ont donné lieu à des prélèvements bactériologiques périphériques, la récupération des résultats définitifs est à réaliser avant la sortie (48 heures minimum).

Les études, précédemment citées de Lodé *et al.* et d'Elleberg (52, 57), ont montré que les infections materno-fœtales tardives sont une cause de défaillance graves et/ou de décès au cours du premier mois de vie. Le dépistage de ces infections ne peut se faire au cours du séjour en maternité, mais une sensibilisation des parents aux signes cliniques peut permettre une consultation et une prise en charge rapide (cf. « Document d'information »).

► Infections virales

Les principales situations à risque d'infections virales à évaluer avant la sortie sont les risques d'infection par le virus Herpes simplex (HSV), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les virus des hépatites C et B (VHC et VHB).

► Risque d'infection herpétique

La conférence de consensus de l'ANAES en 2001 (98) a recommandé la réalisation de prélèvements oculaires et pharyngés à 48 heures et à 72 heures si la mère présente des lésions herpétiques durant le travail ou si elle a des antécédents d'herpes (avant ou pendant la grossesse). Il convient donc de s'assurer de la négativité des résultats de la mère et de l'enfant avant d'autoriser la sortie.

► Enfants de mères infectées par le VIH

Les recommandations de santé publique, publiées par la HAS en 2009, précise que le dépistage du VIH doit être encouragé pendant la grossesse (99).

La transmission materno-fœtale est de l'ordre de 1 à 2 %, grâce au dépistage et au traitement. Les recommandations pour la prise en charge des personnes infectées par le VIH ont été mises à jour en 2010 par le rapport du P^r Yeni (100).

- Le diagnostic précoce se fait par *polymerase chain reaction* (PCR) d'ADN-VIH1 ou d'ARN-VIH1 ou VIH2. L'absence de transmission mère-enfant peut être affirmée près deux résultats de PCR négatifs, dont un au moins 1 mois après l'arrêt du traitement prophylactique de l'enfant, quelle que soit la durée effective du traitement.
- Une sérologie vers 18-24 mois, à l'occasion d'un bilan, permettant d'évaluer le développement de l'enfant à distance des expositions périnatales aux antirétroviraux, reste justifiée pour identifier les très rares cas de contamination post-natale, notamment par allaitement méconnu.
- Un traitement post-natal prophylactique par la zidovudine pendant 4 semaines.
- Le renforcement du traitement post-natal dès la naissance dans les cas suivants :
 - la mère n'a pas reçu de traitement pendant la grossesse ;
 - la charge virale maternelle plasmatique est élevée (> 1 000 copies) à l'accouchement ;
 - la charge virale maternelle est inconnue dans le cadre d'un traitement court (< 4-6 semaines).
- D'utiliser, en cas de renforcement du traitement prophylactique, chez le nouveau-né à terme, l'association zidovudine/lamivudine pendant 4 semaines en combinaison soit avec le lopinavir/r pendant 4 semaines, soit la névirapine pendant 15 jours, soit la névirapine monodose à la naissance.
- De contre-indiquer strictement l'allaitement maternel pour les femmes infectées par le VIH en France.

- De ne plus pratiquer de prévention systématique par le triméthoprim/sulfaméthoxazole (TMP-SMZ).
- De réaliser normalement le calendrier vaccinal, excepté le BCG qui est reporté après le diagnostic de non infection.

► Enfants nés de mères atteintes d'une hépatite B

Les données suivantes sont tirées du rapport de la HAS publié en 2009 sur le dépistage prénatal de l'hépatite B (101).

Le dépistage maternel biologique de l'hépatite B a pour objectif principal de permettre une sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B, afin de prévenir la transmission périnatale du VHB. L'instauration précoce, dans les 12 heures suivant l'accouchement, d'une prophylaxie associant l'injection d'immunoglobulines spécifiques anti-HBs d'une part et la vaccination d'autre part chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène (Ag) HBs permet de prévenir la transmission périnatale du VHB de façon efficace.

Le dépistage prénatal de l'hépatite B repose actuellement sur la recherche de l'Ag HBs à l'occasion de la 4^e consultation prénatale, c'est-à-dire au 6^e mois de grossesse. L'argument majeur en faveur de ce délai de réalisation du dépistage est la proximité de cette période avec l'intervention éventuelle (c'est-à-dire la sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses de l'Ag HBs).

Par ailleurs, si cette recherche n'a pu être réalisée au cours de la grossesse, elle devra être effectuée au moment de l'accouchement, afin de pouvoir mettre en œuvre la sérovaccination des nouveau-nés de mères porteuses de l'Ag HBs, selon les recommandations actuelles du Haut Conseil de la Santé publique (102) et circulaire n° DGS/SD5C/DHOS/E2/2004/532 du 10 novembre 2004, relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B (103).

Il convient donc de s'assurer, avant la sortie, de la réalisation de la sérovaccination et de la poursuite de la vaccination selon les recommandations actuelles.

Critère d'éligibilité du nouveau-né à bas risque concernant le risque d'infection pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

- absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection, prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs.

Paramètres de surveillance du nouveau-né concernant le risque infectieux :

- suite à une durée de séjour standard : surveillance de la température (hypo ou hyperthermie), de la fréquence respiratoire ;
- en cas de sortie précoce : surveillance de la température (hypo ou hyperthermie), de la fréquence respiratoire, et de troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration).

2.4 Accompagnement dans l'alimentation

2.4.1 Allaitement maternel

Différents travaux ont été publiés par la HAS : en 2006 « Favoriser l'allaitement maternel, processus d'évaluation » (104), en 2005 sur « Allaitement maternel suivi par le pédiatre » (105), et en 2002 par l'ANAES (82) sur la « Mise en œuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de l'enfant ». Ils rapportent notamment les effets bénéfiques d'un allaitement maternel exclusif et prolongé, tant pour le nouveau-né que pour sa mère ainsi que les difficultés de mise en place de l'allaitement.

► Quels sont les facteurs favorisant l'allaitement maternel ?

L'allaitement maternel se met en place progressivement après l'accouchement, son initiation se déroule à la maternité, et sa poursuite est favorisée par un soutien à domicile. La montée de lait se fait vers le 3^e jour.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont proposé 10 étapes à mettre en œuvre en maternité afin d'améliorer l'initiation de l'allaitement, sa durée et son exclusivité (cf. rappel en conclusion ci-après). Elles ont été réaffirmées par l'*American Academy of Pediatrics* (106) et l'initiative « Hôpital ami des bébés »⁵.

Une publication récente (107) dresse un état des lieux des pratiques mises en place en maternité afin de soutenir l'allaitement en 2007 (2 690 établissements) et en 2009 (2 672 établissements). Dix indicateurs correspondant aux 10 étapes à mettre en œuvre ont été évalués. Les résultats montraient que seulement 3,9 % des hôpitaux américains évalués suivaient au moins 9 des 10 pratiques recommandées.

Une autre étude de Bosnjak (108) montrait que l'application des recommandations de l'OMS et l'accompagnement post-natal dans une région croate ont permis une augmentation du taux d'allaitement maternel : de 68 % à 87 % à un mois et de 11,5 % à 49 % à 6 mois.

Une étude (109) a montré que, l'application progressive des recommandations dans la région de Philadelphie, a permis une augmentation significative du taux d'allaitement maternel entre 1994 (48,3 %) et 2009 (62,9 %).

En France, l'étude EPIFANE (110) permet de décrire les caractéristiques de l'allaitement maternel : 69 % des nouveau-nés reçoivent en maternité du lait maternel (dont 60 % allaitement maternel exclusif) et 54,4 % à l'âge d'un mois (35 % allaitement maternel exclusif). L'allaitement maternel est plus fréquent à la maternité et à un mois pour des femmes âgées de plus de 25 ans, mariées, d'un niveau d'études élevé. La perception négative du conjoint sur l'allaitement maternel est un frein à celui-ci. Les femmes d'origine étrangère allaitent plus souvent et plus longtemps que des femmes d'origine française. Les séances de préparation à l'accouchement et le « peau à peau » en salle d'accouchement favorisent également l'allaitement maternel.

Une étude (111), évaluant l'impact de la formation du personnel (3 jours) à l'application des 10 étapes, a montré une augmentation du taux de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité de 15,8 %.

L'enquête récente, menée par DiFrisco (112) auprès de 130 mères, a montré une relation positive entre la précocité de la 1^{re} tétée (dans l'heure qui suit la naissance) et le taux d'allaitement maternel exclusif entre 2 et 4 semaines après la sortie : 72,1 % des mères qui ont allaité dans l'heure après l'accouchement continuent à allaiter de façon exclusive leur nouveau-né, et seulement 42,9 % d'entre elles lorsque la 1^{re} mise au sein a lieu au-delà de la 1^{re} heure de vie.

Rappel des situations à risque de difficultés d'allaitement (113) :

⁵ www.amis-des-bébés.fr.

- absence d'augmentation du volume des seins pendant la grossesse ;
- chirurgie des seins ;
- mamelons ombiliqués ;
- HTA, diabète, obésité, tabagisme ;
- antécédent de difficultés d'allaitement ;
- accouchement difficile, long, voie basse instrumentale, césariennes ;
- retard à l'installation de la montée laiteuse (> 72 heures) ;
- douleur persistante lors de la tétée ;
- lésions des mamelons ;
- utilisation d'un écran silicone ;
- utilisation d'un tire-lait ;
- indication de complément ;
- terme 37-38 SA ;
- bébé irritable ou dormant beaucoup, ictère ;
- perte de poids > 7 % ;
- frein de langue.

Rappels sur les critères d'une bonne mise en place de l'allaitement maternel :

- présence d'urines claires, 6 couches mouillées par jour ;
- présence d'au moins 3 selles par jour, couleur jaune d'or, de consistance liquide ou souple ;
- absence de lésions ou de douleur aux seins ;
- allaitement à l'éveil.

► **Le taux d'allaitement maternel est-il influencé par la durée de séjour en maternité ?**

Venditteli a publié, en 2008 (114), une analyse réalisée à partir de la base de données de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG) réunissant des maternités françaises volontaires. Il montre une augmentation de l'allaitement maternel exclusif entre 2000 et 2005 de 51,2 % à 58,5 %. Dans le même temps, les sorties précoces ont augmenté, passant pour les voies basses de 5,7 % à 9,3 %, et pour les césariennes de 4,9 % à 9,1 %.

Dans une étude, menée à la maternité du CHU de Montpellier portant sur 135 patientes allaitant de façon exclusive, par Cambonie (115), ne montre pas de différence sur le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité et à 10 semaines post-natales, que la sortie soit classique (4-5 jours après une voie basse ou 7-8 jours après une césarienne) ou précoce choisie par le couple.

Une étude rétrospective, réalisée dans le Massachusetts (116) portant sur 20 366 couples mère-nouveau-né, ne retrouve pas de relation entre la durée de séjour à la maternité et le taux d'allaitement maternel pendant le séjour et les 3 premiers mois : le taux d'allaitement maternel a régulièrement augmenté de 70,1 % en 1990 à 81,9 % en 1998 à la maternité alors que la durée de séjour a varié ; il n'y a pas eu d'effet délétère des sorties précoces avec un programme de suivi à domicile.

Une autre étude rétrospective, menée en Californie (117) sur 10 519 couples mères/nouveau-nés, met en évidence une relation négative entre une durée de séjour « non standard » et le taux d'allaitement maternel à une semaine : 62,7 % d'allaitement maternel exclusif en cas de séjour « standard » *versus* 58,5 % en cas de séjour court (inférieur à 2 nuits pour une voie basse et inférieur à 4 nuits pour une césarienne), et 48,3 % en cas de

séjour long (supérieur à 3 nuits pour une voie basse et supérieur à 5 nuits pour une césarienne).

► **Conclusion**

L'allaitement maternel est peu ou pas influencé par la durée de séjour en maternité, mais nécessite une préparation et un accompagnement pendant et après le séjour en maternité par du personnel formé.

L'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel reposent sur des recommandations internationales reprises en France par l'initiative « Hôpital ami des bébés », afin :

- d'adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit, et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants ;
- de donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ;
- d'informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ;
- de placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure, et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin ;
- d'indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein, et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant, et donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant ;
- de privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ;
- de laisser le nouveau-né avec sa mère 24 h/24 ;
- d'encourager l'alimentation à la demande de l'enfant ;
- d'éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités ;
- d'identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie, ainsi que de travailler en réseau ;
- de protéger les familles des pressions commerciales, en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- d'accompagner les femmes pendant le travail et l'accouchement, dans le respect de leurs besoins et de ceux de leur bébé.

2.4.2 Allaitement artificiel

Si la mère ne souhaite pas allaiter ou en cas de contre-indication à l'allaitement maternel, un allaitement artificiel sera mis en place. Le nombre, la fréquence et le volume des biberons seront expliqués à la mère, ainsi que la préparation et la durée d'utilisation de ceux-ci (une heure à température ambiante ou trente minutes s'il a été réchauffé, car la poudre de lait n'est pas stérile), conformément aux recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) (118).

2.4.3 Perte de poids, déshydratation

Une perte de poids physiologique existe pendant les premiers jours de vie de l'ordre de 8 %. L'évaluation de l'enfant, de la mère et de l'allaitement (fréquence des tétées, nombre, succion, déglutition, transfert de lait) permet de reconnaître un allaitement efficace ou non, et

donc d'autoriser une sortie avec un suivi à domicile, l'objectif étant un rattrapage du poids de naissance vers J10 (Journées nationales de néonatalogie 2013).

Pour évaluer si la pesée des couches pouvait être un indicateur d'apport alimentaire correcte dans la 1^{re} semaine de vie, Sievers *et al.*, en 2004, ont essayé de corrélérer la prise de poids et le bilan « d'entrée » (poids des tétées et des biberons) et « de sortie » (pesée des couches) chez dix enfants nés à terme et bien portants. Les auteurs ont retrouvé une corrélation significative entre les apports et les pertes à J2-J3, mais non corrélée à la prise de poids, suggérant que les variations de poids dans la période néonatale immédiate ne sont pas liées uniquement aux apports alimentaires.

La surveillance du poids est donc capitale durant les premiers jours de vie, car elle reflète non seulement la qualité de l'alimentation, mais aussi l'adaptation correcte des grandes fonctions à la vie extra-utérine.

Critères d'éligibilité du nouveau-né retenus concernant l'alimentation et la perte de poids pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

- alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait), mictions et émissions des selles (spontanées en cas de sortie précoce), transit établi ;
- perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance.

Paramètres de surveillance du nouveau-né concernant le risque de déshydratation/dénutrition (après une durée de séjour standard, ou une sortie précoce) :

surveillance du poids, de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour).

2.5 Dépistages

Le dépistage néonatal est une action de santé publique visant à détecter dès la naissance certaines maladies graves, d'origine génétique pour la plupart, et à mettre en œuvre, avant l'apparition de symptômes, un traitement ou une prise en charge adaptée afin d'éviter ou de réduire la morbi-mortalité.

2.5.1 Test dit « de Guthrie »

En France, cinq maladies font actuellement l'objet d'un dépistage néonatal systématique par des tests biologiques. Ces maladies, dont la liste est fixée par arrêté ministériel (du 22/01/2010), sont la phénylcétonurie (PCU), l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose chez les enfants à risque, l'hyperplasie congénitale des surrénales et la mucoviscidose. La couverture du dépistage néonatal est supérieure à 99,99 %.

Le programme national de dépistage néonatal est financé par l'Assurance Maladie, et organisé, coordonné et suivi par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE). Il est mis en œuvre dans les 22 régions métropolitaines par 22 associations régionales (ARDPHE), plus les collectivités, départements et régions d'outre-mer.

Le bilan d'activité de l'AFDPHE, publié en 2012 (119), précise que le dépistage néonatal est organisé depuis 1972 dans toutes les maternités, et qu'il est bien accepté par les patientes permettant une exhaustivité très élevée (99 refus sur 840 404 tests).

2.5.2 Dépistage du déficit en MCAD

Dans le cadre de la mesure A-1-6 du Plan national « Maladies rares » 2010-2014, la HAS a recommandé en 2011 (120) l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD (Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) en population générale. Ce dépistage

est réalisé par la technologie de spectrométrie de masse en tandem sur le carton Guthrie. L'introduction de cette technologie implique une réduction du nombre de laboratoires réalisant les tests de dépistage, pour assurer la qualité de l'expertise technique et en garantir l'efficacité. La mise en œuvre de ce dépistage nécessite la formation du personnel et le développement de matériel d'information adapté aux différents publics, ainsi que la mise en place du suivi et de l'évaluation du programme.

En corollaire, pour des raisons d'efficacité, la HAS recommande également le passage à la MS/MS pour le dépistage néonatal de la phénylcétonurie (PCU). La HAS souligne qu'un élargissement du dépistage néonatal par MS/MS à d'autres erreurs innées du métabolisme nécessite une évaluation préalable de l'utilité clinique et de la légitimité éthique de chacun de ces dépistages (évaluation en cours).

2.5.3 Dépistage des troubles auditifs

La HAS a recommandé en 2007 (121) que le dépistage systématique de la surdité permanente néonatale soit mis en œuvre au niveau national de façon progressive, en s'appuyant sur les expérimentations en cours, afin de bénéficier de leur expérience (le programme expérimental mis en place par la CNAMTS et piloté par l'AFDPHE a commencé en 2005). Cette montée en charge progressive, région par région, d'un programme de dépistage systématique de la surdité permanente néonatale au niveau national permettra d'identifier les difficultés rencontrées au plan organisationnel (modalités de dépistage en maternité et structuration des prises en charge en aval) qui, le cas échéant, pourront être corrigées au fur et à mesure de l'extension. Le dépistage de la surdité permanente néonatale a été fixé dans l'arrêté du 23 avril 2012. Le programme de dépistage de la surdité permanente néonatale est mis en œuvre par les agences régionales de santé, conformément à un cahier des charges national (en cours) établi par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Protection sociale.

Deux techniques sont proposées : les oto-émissions acoustiques automatisées (OAA) et les potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAa). La mise en place d'un dépistage systématique en maternité nécessite donc un équipement adapté à la taille de la maternité, du personnel dédié et formé, et un parcours de soins pour les familles dont l'enfant a un dépistage positif.

L'évaluation de la première année (2007) de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française (Belgique) (122) a concerné quarante-quatre maternités sur cinquante. Les principaux freins mis en évidence sont les suivants : la sortie précoce des nouveau-nés de la maternité, l'identification non systématique des facteurs de risque de surdité et la charge administrative. Le jour médian de réalisation du 1^{er} test (dépistage en absence de facteurs de risque) était de 3 jours. Pour la moitié des maternités, la couverture obtenue lors de la réalisation du dépistage (1^{er} test) dépasse les 91 %. En revanche, les taux de premiers tests non réalisés et de perdus de vue devraient être améliorés. Pour cela, la sensibilisation des parents et des professionnels devra se poursuivre.

L'annexe 4 reprend les recommandations de la HAS publiées en 2007 quant aux éléments d'information à transmettre aux familles avant le diagnostic de surdité.

2.5.4 Organisation du dépistage

La durée d'hospitalisation en post-partum doit tenir compte de la réalisation du dépistage. Celui-ci, fait trop tôt, entraîne un risque accru de faux négatifs (cas de la phénylcétonurie), car les anomalies biochimiques qui permettent ce dépistage n'ont pas toujours le temps de se révéler. De même, le dépistage trop précoce de l'hypothyroïdie et de la mucoviscidose expose à des faux positifs, obligeant à faire un contrôle et réaliser un nouveau prélèvement pour le nouveau-né et, à l'inverse, le dépistage de l'hyperplasie congénitale des surrénales

ne doit pas être tardif (avant J5) pour obtenir un résultat avant la complication éventuelle mortelle (syndrome de perte de sel) survenant au cours de la 2^e semaine de vie. En ce qui concerne le dépistage de la surdité, celui-ci peut être fait dès 2 jours de vie.

Le bilan d'activité de l'AFDPHE, publié en 2012 (119), rapporte que l'âge médian au prélèvement pour le dépistage de ces maladies rares par le test dit « de Guthrie » est de 3,16 jours.

Quant au dépistage de la surdité permanente néonatale, l'arrêté du 23 avril 2012 précise que ce dépistage comprend :

- un examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;
- des examens réalisés avant la fin du 3^e mois de l'enfant, lorsque l'examen de repérage n'a pas pu avoir lieu ou n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant ;
- une information des détenteurs de l'autorité parentale, le cas échéant, sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue française des signes.

À cet effet, il est rappelé que les recommandations de la HAS en 2007 (121) préconisaient : « Afin d'assurer une information plurielle respectant les différentes représentations sociales de la surdité et l'hétérogénéité des situations cliniques de la surdité de l'enfant, il est recommandé aux professionnels de santé et à l'ensemble des personnes qui participent à l'information des familles de les informer qu'il existe différentes approches éducatives pour un enfant sourd, en particulier lorsque le seuil auditif de l'enfant est > 70 dB HL. Professionnels de santé, associations de parents d'enfants sourds, associations de personnes sourdes, centres d'information sur la surdité sont à même de proposer aux parents des informations complémentaires avant qu'ils ne s'engagent dans une approche éducative ou une autre. »

En conclusion, le dépistage néonatal est actuellement réalisé en France entre 3 et 4 jours de vie, en général avant la sortie de la maternité. Son organisation actuelle a fait preuve de son efficacité, et toute évolution de l'organisation du post-partum ou du dépistage néonatal doit se faire en tenant compte des exigences respectives de ces éléments essentiels de la politique de santé. Ainsi, si la sortie de maternité a lieu avant la réalisation du dépistage, c'est-à-dire avant 72 heures, celui-ci doit être organisé par la maternité, et sa traçabilité assurée (conformément au guide pratique pour les professionnels de l'AFDPHE disponible sur le site internet de l'association www.afdphe.fr)

Il est important de rappeler ici que l'arrêté du 22/01/2010 s'impose à tout professionnel de la naissance. Les parents ont la possibilité de refuser le dépistage néonatal, mais les professionnels ont l'obligation de le proposer. En cas de refus, les parents doivent signer un document qui sera conservé dans le dossier de la maternité, et son double transmis à l'Association régionale du dépistage. Pour les sorties précoces, il faudra effectivement que soit obligatoirement mis en place un dispositif garantissant que le nouveau-né aura eu son prélèvement, mais aussi un document prouvant que la mère a bien reçu l'information et a notifié son refus.

Critères d'éligibilité du nouveau-né concernant les dépistages pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

- dans le cas d'un retour à domicile après une durée de séjour standard : dépistages néonataux réalisés à la maternité
- dans le cas d'une sortie précoce : suivi à domicile organisé (1^{ère} visite prévue le lendemain de la sortie) et dépistages organisés par la maternité et leur traçabilité assurée.

2.6 Administration de vitamine K et D

La prévention de l'hypocalcémie néonatale repose sur l'administration de vitamine D à la mère au cours du 3^e trimestre. Cette prophylaxie est poursuivie chez le nouveau-né (123). La prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né est faite par l'administration précoce de vitamine K1 à la naissance, et répétée en cas d'allaitement maternel exclusif.

Critères d'éligibilité du nouveau-né concernant l'administration de vitamines pour envisager une sortie dans des conditions optimales :

- vitamine K1 donnée dans le cas d'un retour précoce à domicile.

Paramètres de surveillance des nouveau-nés retournés à domicile quelle que soit la durée de séjour :

- supplémentation en vitamine D, et en cas d'allaitement maternel en vitamines K.

2.7 Récapitulatif des critères définissant le bas risque pédiatrique

L'analyse et la synthèse de la littérature ont conduit à définir les critères suivants d'éligibilité de nouveau-nés présentant un bas risque pédiatrique, respectivement si retour à domicile après une durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures en cas de naissance par voie basse (ou entre 96 et 120 heures par césarienne), et dans le cas d'un retour précoce à domicile.

Tableau 18. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard (soit entre 72 et 96 heures après une naissance par voie basse ou entre 96 et 120 heures après une naissance par césarienne).

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe.
2	Examen clinique normal*, réalisé impérativement après 48 heures de vie et avant la sortie.
3	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi.
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance.
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique, et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque et risque intermédiaire bas).
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs.
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité.
9	Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette dernière.

* Dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/mn fréquence cardiaque > 90 et < 170/mn au repos.

Tableau 19. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile.

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe.
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes.
3	Examen clinique normal* le jour de sortie.
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi.
6	Perte de poids $< 8\%$ par rapport au poids de naissance.
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique, et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement).
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection, prélèvement biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs.
9	Vitamine K1 donnée.
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée.
11	Suivi post-partum après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie.

* Dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60 /mn fréquence cardiaque > 90 et < 170 /mn au repos.

NB : Les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

2.8 Récapitulatif des paramètres de surveillance des nouveau-nés à domicile

Concernant les paramètres de surveillance, les objectifs de la surveillance de l'enfant sont :

- de dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de complications imposant une réhospitalisation après la sortie (notamment ictère, pathologie infectieuse, cardiopathies ducto-dépendantes non diagnostiquées auparavant) ;
- de s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace, et le cas échéant d'un allaitement maternel bien instauré ;
- d'effectuer ou s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (test de dépistages néonataux) ;
- de s'assurer de l'instauration d'un lien mère enfant de bonne qualité.

► En cas de sortie après une durée de séjour standard

Pour envisager un retour à domicile dans des conditions optimales, la surveillance de l'enfant doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 20. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard (soit entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse ou entre 96 et 120 heures en cas de césarienne).

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère : coloration et si besoin BTC ou BS.
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux.
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel) : urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour).
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration).
Comportement : tonus, éveil, contact.
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K.

► **En cas de sortie précoce**

Pour envisager un retour à domicile précoce dans des conditions optimales, la surveillance de l'enfant doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 21. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après une césarienne).

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence).
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux.
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel) : urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour).
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration).
Comportement : tonus, éveil, contact.
Supplémentation en vitamines D, et en cas d'allaitement maternel en vitamines K.
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité.

NB : les différences avec les paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

2.9 Recommandations sur le parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après la sortie de maternité

Considérant la surveillance des différents paramètres précédents (ictère, alimentation, croissance, révélation retardée de pathologies néonatales, etc.), l'intérêt de l'enfant est de bénéficier d'un examen médical à une période critique charnière de son développement.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un **nouvel examen soit réalisé entre le 6^e et le 10^e jour post-natal, de préférence par un pédiatre⁶** (ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-

⁶ Consultation spécifique créée (sur décision UNCAM du 20 décembre 2011, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie), comme « Consultation entre la sortie de maternité et le 28^e jour ».

né). Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les huit premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé, « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie », ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6^e jour), l'examen du nouveau-né recommandé, entre J6 et J10, reste nécessaire.

Un autre examen du nouveau-né peut-être organisé **entre le 11^e et le 28^e jour post-natal**, selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice), dont le but est de vérifier :

- la récupération du poids de naissance ;
- la bonne prise alimentaire (transit régulier, absence de vomissement) ;
- la bonne mise en place de l'allaitement maternel,
- l'absence d'ictère ou le caractère non pathologique de celui-ci : bon tonus, bon éveil, prise alimentaire suffisante, selles normalement colorées, urines claires. En cas de doute, c'est à la clinique d'apprécier son intensité par une mesure de la BTC (estimation) ou de la BS ;
- l'absence d'éléments en faveur d'une infection (absence d'hyperthermie ou hypothermie) ;
- l'absence de détresse respiratoire (fréquence respiratoire inférieure à 60/mn au repos) ;
- la bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parents-enfant.

Annexe 1. Exemple d'organisation des sorties de maternité au CHU Jeanne de Flandre, Lille

OBJECTIF : Déterminer les critères réalisés à J2					
MERE					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Absence de précarité	*	*	*	
2	Absence de dépression ou d'antécédent de dépression	*	*	*	
3	Absence de risque hémorragique en post-partum	*	*	*	
4	Absence de signes d'infection en post-partum	*	*	*	
5	Absence de risque thromboembolique en post-partum	*	*	*	
6	Douleur ne nécessitant pas de prise en charge particulière en post-partum	*	*	*	
7	Examen clinique normal	*	*	*	
8	Mère de rhésus positif ou mère de rhésus négatif avec un enfant de rhésus négatif	*	*	*	
9	Absence de difficultés liées à l'alimentation du nouveau-né	*	*	*	
10	Absence de difficultés dans l'instauration du lien mère-enfant	*	*	*	
11	Sortie autorisée par le médecin ou la sage-femme libérale	*	*	*	

Répondre **NON** si : grossesse non suivie, mère isolée et sans entourage familial, parents sans emploi, absence de logement.

Répondre **NON** si : anémie, thrombopénie ou hémorragie de la délivrance ou des suites de couches.

Répondre **OUI** si la patiente est asymptomatique et si les examens complémentaires et les résultats sont connus et satisfaisants.

Répondre **OUI** si le traitement per os est efficace et compris par la patiente.

Répondre **OUI** si : TA, seins, utérus, lochies, cicatrice, transit, miction sont normaux.

Ne contre-indique pas une sortie précoce. Répondre **OUI** si la position de l'enfant et la prise du sein (ou du biberon) sont correctes, et si la mère sait apprécier l'efficacité de la succion **ET**. Si les prises alimentaires (2 au minimum) sont correctes.

OBJECTIF ^o : Déterminer les critères réalisés à J2 ^o					
ENFANT ^o					
N ^o	CRITERES ^o	OUI ^o	NON ^o	NA ^o	COMMENTAIRES ^o
1 ^o	Nouveau-né à terme ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^o	Test d'apgar à 5 min est à 7 ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^o	Examen clinique du pédiatre à la naissance et à J2 sans particularité ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^o	Élimination d'urines et de selles ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ^o	Perte de poids < 7% du poids de naissance ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ^o	Absence de difficultés liées à l'alimentation du nouveau-né ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ^o	Contrôle du risque infectieux ^o : nouveau-né asymptomatique et prélèvements biologiques négatifs ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ^o	Absence d'hyperbilirubinémie ou de risque d'hyperbilirubinémie ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ^o	Tests de dépistage organisés et programmés ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ^o	Absence de difficultés dans l'instauration du lien mère-enfant ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ^o	Maman autonome pour réaliser les soins de base ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ^o	Sortie autorisée par le pédiatre ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondre **OUI** si le bébé est né entre 37 et 41 SA.

Répondre **OUI** si une évacuation du méconium est faite dans les 24 heures, et si une miction et une selle sont faites.

Répondre **NON** si : la mère a un rhésus négatif et le nouveau-né un rhésus positif, si le test de Coombs est positif.

Annexe 2. Exemple d'organisation des sorties précoces de maternité au CHU Jeanne de Flandre, Lille



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

MATERNITÉ DE L'HÔPITAL JEANNE DE FLANDRE LETTRE D'INFORMATION – SORTIES PRÉCOCES

Madame,

Vous avez choisi d'accoucher dans notre maternité, et nous vous remercions de votre confiance.

La durée de votre séjour en maternité dépend de votre état de santé et de celui de votre enfant, la sortie a lieu classiquement du 4^e au 5^e jour.

Si vous le souhaitez, et dans certaines conditions, le retour à domicile peut s'organiser plus précocement (après deux nuits à la maternité).

Pour préserver une prise en charge optimale, notre maternité collabore avec un réseau de sages-femmes et de médecins libéraux. Ils prendront le relais auprès de vous et de votre bébé à domicile, tout en restant en lien avec la maternité.

Nous nous tenons à votre disposition en consultation prénatale, afin de vous vous apporter tout complément d'informations que vous souhaiteriez.

L'équipe de la maternité Jeanne de Flandre.



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

MATERNITÉ DE L'HÔPITAL JEANNE DE FLANDRE

CONSENTEMENT À UNE SORTIE PRÉCOCE

Je soussigné (e) : _____

certifie accepter la possibilité de retour précoce à domicile, le ____/____/ ____

pour moi et mon enfant : _____

J'ai été informée et ai accepté la visite à mon domicile d'une sage-femme, deux fois avant le septième jour suivant mon accouchement.

J'autorise la maternité à fournir mes coordonnées à la sage-femme qui va me prendre en charge, une lettre me concernant me sera remise.

Elle procédera sur moi à un examen général et obstétrical. Elle examinera également mon enfant, et s'assurera de son bon état général.

Je m'engage à avertir mon médecin traitant et/ou mon pédiatre, et à fixer avec lui un rendez-vous pour l'examen de mon enfant avant le huitième jour.

En cas de complications secondaires pour mon enfant et/ou moi-même, je suis informée qu'une réhospitalisation est possible.

Si après le retour à mon domicile je refuse le passage de la sage-femme, la maternité de l'hôpital Jeanne de Flandre informera mon médecin traitant ainsi que le service social de mon quartier, afin qu'ils prennent contact avec moi.

Fait à Lille, le : ____ / ____ / ____

Signature

SORTIE PRÉCOCE J2 : RPDA

A) INFORMATION

La proposition de sortie précoce, s'inscrivant dans le cadre du projet de naissance des couples, l'information doit se faire au mieux lors des consultations prénatales ou de la préparation à la naissance.

À noter que les séances de préparation à la naissance doivent prendre en compte l'éventualité de ce type de sortie.

L'information est mentionnée dans le livret d'accueil, remis à chaque patiente lors des consultations prénatales.

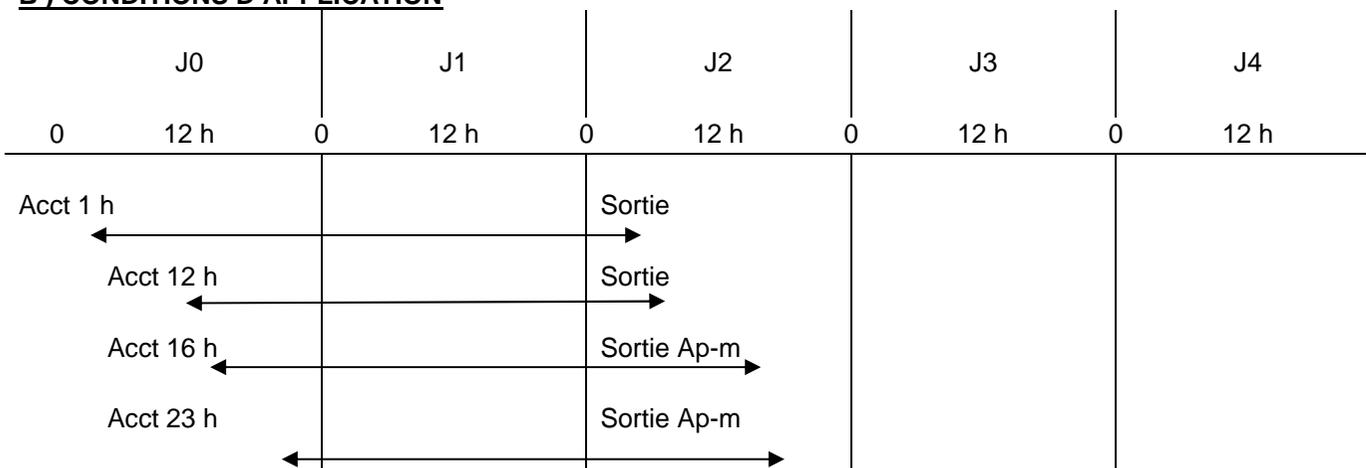
Une lettre d'information est remise aux patientes susceptibles de bénéficier d'une sortie précoce lors des consultations prénatales.

L'information est rappelée lors de l'arrivée en suites de naissance.

Pour rappel : la sortie des patientes pourra se faire à J2 (deux nuits passées en suites de naissance) ;

- J2 matin pour les patientes ayant accouchées avant 12 h,
- J2 après-midi (jusque 17 h en semaine et 14 h le week-end), pour les patientes ayant accouchées après 12 h.

B) CONDITIONS D'APPLICATION



Critères d'inclusion	MÈRE	BÉBÉ
Sortie précoce J2	<ul style="list-style-type: none"> - Majeure. - Multipare. - Grossesse unique. - Voie basse sans complication. - Pas de primo-allaitement. - Consentement de la patiente. - Absence de pathologie chronique mal équilibrée. - Absence contexte infectieux. - Absence de risque hémorragique. - Absence de risque thrombotique. - Douleur contrôlée. - Instauration du lien mère-enfant. - État psychologique pris en compte. - Facteurs sociaux pris en compte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terme \geq 37 SA. - Poids de naissance \geq 2 500 g. - Absence de facteurs de risques : hypoglycémie ; ictère ; infection materno-fœtale. - Dépistage auditif fait - Allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées. - Vitamine K1 donnée.

C) ORGANISATION

Conditions de l'autorisation de sortie :

- la sortie de la maternité est déterminée pour la mère par l'obstétricien ou la sage-femme et pour l'enfant par le pédiatre selon les critères préétablis (cf. « Feuille d'évaluation en annexe ») ;
- possibilité de réhospitalisation en cas de complications secondaires maternelles ou pédiatriques.

D) MODE OPÉRATOIRE SORTIE PRÉCOCE J2

	Actions	Responsable	Outils

CPN	<ul style="list-style-type: none"> - Information, traçabilité RPDA sur la couverture du dossier bleu (carré inférieur droit). - Vérification des coordonnées du médecin traitant. 	Consultants.	Dossier.
Bloc obst	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification en fonction du déroulement de la naissance de la volonté de RPDA. - Noter sur les fiches de liaison (maman, bébé) vers les suites de naissance RPDA. - Noter RPDA sur les deux feuillets d'État civil, feuillet rose remis au père. - arrivée de la patiente en suites de naissance avec son dossier médical (adaptation en fonction des problèmes informatiques). 	Sage-femme.	<ul style="list-style-type: none"> Feuilles de liaison. Gommettes. Cahier de déclaration.
J0/J1	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation médicale, pédiatrique et maternelle : réunion d'étage sauf le week-end. 	Sage-femme, interne, gynécologue-obstétricien, pédiatre.	Feuille d'évaluation.
	<ul style="list-style-type: none"> - Information de la patiente sur la possibilité de sortie. 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil de consentement. - Vérifier le téléphone et l'adresse de la patiente. - Vérifier le statut vaccinal et sérologique. 	Sage-femme, interne, médecin du service.	Feuille de consentement.
	<ul style="list-style-type: none"> - Liaison avec la structure libérale : sage-femme libérale. 		Liste des sages-femmes libérales.

	- Contact, et rendez-vous fixé pour le domicile par téléphone.		Dossier de soins.
J2	- Confirmation de la sortie. - Préparation des documents nécessaires à la sortie précoce (consentement reste dans le dossier, fiche d'évaluation reste dans le dossier, fiche de suivi pour la sage-femme libérale, carton de réalisation du Guthrie prérempli avec le numéro d'accouchement et étiquette identité du bébé pour la sage-femme libérale).		Consentement. Évaluation. Fiche suivi Carton de Guthrie. Étiquette BB. Lettre de sortie.

	Actions	Responsable	Outils
J2	- Remise de la lettre de sortie : de la fiche de suivi à domicile, d'une feuille d'information avec les coordonnées des professionnels à joindre en cas de problème 24 h/24, des ordonnances habituelles ( statut vaccinal). - Noter la RPDA sur le gros agenda de sortie. - Classement spécial des dossiers RPDA. - Mesure de la saturation au membre inférieur de l'ictère au bilirubinomètre. - Remise du carnet de santé du bébé et des prescriptions thérapeutiques à la patiente.	Sage-femme. Hôtesse. Puéricultrice/Pédiatre.	Lettre sortie (trois exemplaires : un pour la sage-femme et un pour le médecin traitant). Carnet de santé.
	- Rappel de la sage-femme libérale en cas de contre-indication secondaire à la sortie précoce.	Sage-femme/Hôtesse.	
	- Retour de la fiche de suivi à domicile qui	Sage-femme libérale.	Fax :

J++	vient s'ajouter au dossier de « Maternité ». - Classement dans le dossier de la fiche de suivi.	Hôtesse.	03.20.44.67.75 ou courrier. Dossier médical.
J+++	- Évaluation.	Sage-femme cadre.	Indicateur.

CONVENTION de partenariat avec les sages-femmes libérales souhaitant participer à la mise en œuvre des sorties précoces au sein de la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille

Enregistrée sous le N°
(N° enregistrement donné par la CCC)...

Entre,

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Établissement Public de Santé inscrit au FINESS sous le numéro 59 078 019 3, dont le code SIRET est 265 906 719 000 17, et dont le siège est sis 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 LILLE Cedex, représenté par son Directeur Général, M. Yvonnick MORICE, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après désigné « le CHRU de Lille »,
D'une part,

Et,

.....(**dénomination sociale du contractant**)..... ,
.....(forme juridique du contractant).....,
.....(identifiant(s) du contractant).....,
dont le siège est sis(siège social du contractant).....,
représenté par son(fonction du représentant légal)....., M.....(nom du représentant légal)....., dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après désigné « Le Contractant »,
D'autre part,

Il est préalablement exposé ce qui suit :

Au niveau national, différentes initiatives sont prises afin de développer les sorties précoces de maternité. L'objectif est double : permettre de répondre à de nouvelles demandes des patientes et raccourcir les durées de séjour.

Cependant, ces initiatives sont le plus souvent imposées ou mal coordonnées avec les maternités.

Ainsi, pour ne pas subir un programme de sortie précoce en désaccord avec le projet médical de la maternité Jeanne de Flandre et des libéraux qui souhaite y participer, il a été décidé de mettre en place le Retour Précoce à Domicile Après accouchement (RPDA) au sein de la maternité Jeanne de Flandre.

Cette initiative se concrétise à travers un projet médical clairement établi et défini, partagé par tous et qui se fait en concertation avec les acteurs de la médecine de ville, particulièrement les sages-femmes libérales sur qui reposeront une partie du projet.

Cette présente convention a pour objet d'exposer les modalités de réalisation des sorties précoces au sein de la maternité de Jeanne de Flandre, en collaboration avec les sages-femmes libérales souhaitant participer au projet.

Ceci ayant été exposé, il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de fixer les conditions et modalités de coopération entre la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille et les sages-femmes libérales participant au projet des sorties précoces.

Article 2 : Modalités de mise en œuvre des sorties précoces

2.1. Conditions de retour précoce au domicile : le public visé

Les sorties précoces seront principalement proposées dans un premier temps aux patientes suivantes :

- femme ayant plus d'un enfant (multipares) ;
- ayant déjà allaité et/ou ne souhaitant pas allaiter ;
- n'ayant connu aucune complication médicale durant et après son accouchement.

Cette liste de conditions n'est **pas limitativement restreinte**. Les conditions permettant les sorties précoces **sont susceptibles d'évolution**, celles-ci seront validées par voie d'avenant à la présente convention.

L'ensemble des autres indicateurs médicaux et pédiatriques est annexé à la présente convention Annexe 1 « Évaluation maternelle et pédiatrique ».

2.2. Conditions de retour précoce au domicile : information et recueil du consentement de la patiente

La patiente, à qui sera proposée la sortie précoce, doit être informée de cette possibilité avant son accouchement – Annexe 1 « Lettre d'information ». Si celle-ci y adhère, un document de consentement devra être rempli par la patiente – Annexe 2 « Consentement de la patiente » – attestant qu'elle a bien eu connaissance du projet et des implications de ce choix. Cette remise se fera durant l'hospitalisation de la patiente en suite de naissance.

2.3 Conditions de retour précoce au domicile : engagements de chacun des parties

- De la maternité Jeanne de Flandre :
 - ✓ À fournir aux sages-femmes libérales, pour la durée de la convention, pour le dépistage des maladies métaboliques (TDHH), le matériel suivant :
 - les « auto-piqueurs » et le buvard permettant le prélèvement ;
 - l'enveloppe T à l'adresse de l'ARPD.
 - ✓ La veille de la sortie, à communiquer par téléphone à la sage-femme libérale disponible, les coordonnées de la ou les patientes répondant aux critères de la sortie précoce.
 - ✓ Le jour de la sortie et afin d'optimiser la prise en charge au domicile :
 - à fournir à la patiente une lettre de sortie faisant fonction de fiche de liaison avec la sage-femme libérale en triple exemplaire ; un pour elle-même, un pour le médecin traitant et un exemplaire pour la sage-femme libérale prenant en charge son suivi à domicile. Sur cette lettre sera indiqué le numéro à appeler à la maternité en cas d'urgence ;
 - la fiche de suivi post-natal – Annexe 4 ;
 - une ordonnance de rééducation périnéale et abdominale ;
 - le carnet de santé du bébé.
 - ✓ À fournir toutes informations utiles à la prise en charge du couple mère-enfant(s),
 - ✓ À réhospitaliser dans les plus brefs délais le couple mère-enfant(s), en cas de complications secondaires intervenant au domicile.
- De la sage-femme libérale :
 - ✓ À assurer les soins à domicile des patientes sorties précocement de la maternité.
 - ✓ Réaliser le Test de Dépistages des Maladies Métaboliques (TDMM) à J3, à l'envoyer au centre de dépistage dans les plus brefs délais, et compléter le carnet de santé du bébé.
 - ✓ Surveiller l'évolution de l'ictère néonatal avec un icteromètre à J3.
 - ✓ À transmettre, suffisamment à l'avance à la maternité de Jeanne de Flandre, leurs disponibilités respectives. Celles-ci devront se coordonner entre sages-femmes participant à la RPDA, préalablement à la communication de leurs disponibilités à Jeanne de Flandre. Ces disponibilités seront synthétisées à travers un planning prévisionnel regroupant semaine, week-end, afin d'assurer la permanence de la prise en charge des patientes sortant dans le cadre de la RPDA.
 - ✓ À recourir, en cas de difficultés d'ordre médico-social aux services sanitaires et sociaux adaptés, notamment la protection maternelle et infantile.
 - ✓ À alerter la maternité de Jeanne de Flandre, en cas de complications secondaires pour la mère et ou l'(es) enfant(s), intervenant au domicile.
 - ✓ À retourner régulièrement par fax, en suite de naissance, les fiches de suivi à domicile qui devront être classées dans le dossier de la patiente.

- ✓ À transmettre rapidement aux responsables du service tout dysfonctionnement pouvant nuire à la collaboration établie.
- ✓ La sage-femme libérale s'engage annuellement à rendre des données administratives et/ou médicales dans le cadre du suivi des sorties précoces.

Article 3 : Responsabilité – Assurance

La parturiente, jusqu'à sa sortie de la maternité dans le cadre des sorties précoces, est sous la responsabilité de la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille.

Article 4 : Durée

4.1. La présente convention prend effet à compter du 04/06/2012.

Elle est conclue pour deux ans, jusqu'au 04/06/2014.

4.2. D'un commun accord des parties, la présente convention pourra être expressément reconduite, dans les mêmes termes, par voie d'avenant, pour une durée de deux ans, dans la limite de deux fois, sans toutefois que la durée totale ne puisse excéder 6 ans.

Article 5 : Résiliation

5.1. En cas d'inexécution totale ou partielle, ou de mauvaise exécution par l'une des parties de ses obligations contractuelles, l'autre partie dispose, après mise en demeure restée infructueuse pendant un mois, d'une faculté de résiliation de la présente convention, sans avoir à respecter un quelconque délai de préavis.

5.2. En l'absence de tout manquement par l'autre partie à ses obligations contractuelles, chacune des parties dispose de la faculté de résilier la convention les liant, à tout moment, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois.

Article 6 : Droit applicable

6.1. D'un commun accord des parties, la présente convention, dans toutes ses dispositions, est régie par le Droit français, et interprétée conformément au Droit français.

6.2. Seules les juridictions françaises sont déclarées compétentes pour connaître des litiges pouvant survenir.

Article 7 : Règlement des litiges

7.1. En cas de difficultés d'interprétation ou d'exécution de la présente convention, les parties s'efforceront de résoudre leur différend à l'amiable.

7.2. En cas de désaccord persistant des parties, la juridiction compétente pour connaître du litige sera le tribunal administratif de Lille.

Fait à Lille, le

En deux exemplaires originaux (autant que de parties).

**Pour le CHRU de Lille,
Le Directeur Général,**

**Pour ... (dénomination sociale du contractant)..,
Le ... (fonction du représentant légal)....**

M.Yvonnick MORICE

M.(nom du représentant légal)....

Annexe 3. Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie de la maternité

Deux formulaires types sont proposés : le premier concerne les sorties après une durée de séjour standard et le second concerne les sorties précoces de la maternité.

Étiquette
Patiente

Durée de séjour comprise entre 72 et 96 h post-voie basse ou entre 96 et 120 h post-césarienne

Étiquette
Nouveau-né

La femme et le nouveau-né sont éligibles à une sortie de la maternité dans des conditions optimales, si **l'ensemble** des critères listés ci-dessous sont réunis.

En cas de présence d'une contre-indication, la sortie doit être reportée et/ou une prise en charge spécifique et adaptée mise en place.

Accouchement le : ____/____/____ à ____ h ____ Durée du séjour : ____ heures

Évaluation réalisée le : ____/____/____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI/NON

Nouveau-né éligible OUI/NON

Nom et qualification du professionnel référent choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (dans les 48 heures après la sortie) : ____/____/____ à ____ h ____

Page 1/2

Signature du professionnel de la maternité :

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de durée de séjour standard

	Mère	Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères.	
2	Soutien familial et/ou social adéquat.	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée.	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu.	
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire).	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.	
7	Absence de signes thromboemboliques.	
8	Douleur contrôlée.	
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité.	
Conclusion : femme éligible (oui/non)		

* Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.).

** Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

	Enfant	Validation (cocher si oui)
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe	
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie.	
3	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.	
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi.	
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance.	
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique, et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque et risque intermédiaire bas).	
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologique récupérés et négatifs.	
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité.	
9	Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec un professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, voire dans la semaine.	
Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

* Dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/mn fréquence cardiaque > 90 et < 170/mn au

Sortie précoce de la maternité

(au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après une césarienne)

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / mars 2014

Étiquette
Patiente

Étiquette
Nouveau-né

La femme et le nouveau-né sont éligibles à une sortie de la maternité dans des conditions optimales, si
l'ensemble des critères listés ci-dessous sont réunis.

En cas de présence d'une contre-indication, la sortie précoce doit être reportée.

Accouchement le : ____/____/____ à ____ h ____ Durée du séjour : ____ heures

Évaluation réalisée le : ____/____/____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI/NON

Nouveau-né éligible OUI/NON

Nom et qualification du professionnel référent choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (**impératif**) : ____/____/____ à ____ h ____

Signature du professionnel de la maternité :

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce

	Mère	Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères.	
2	Soutien familial et/ou social adéquat.	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu.	
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat***	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.	
7	Absence de signes thromboemboliques.	
8	Douleur contrôlée.	
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes.	
10	Accord de la mère et/ou du couple.	
Conclusion : femme éligible (oui/non)		

* Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.).

** Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** Pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

Page 2./2

	Enfant	Validation (cocher si oui)
1	Nouveau-né à terme \geq 38 SA, singleton et eutrophe.	
2	Apgar \geq 7 à 5 minutes.	
3	Examen clinique normal* le jour de sortie.	
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C.	
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins deux tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi.	
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance.	
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique, et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement).	
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs.	
9	Vitamine K1 donnée.	
10	Dépistages néonataux prévus, et leur traçabilité assurée.	
11	Suivi post-partum après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie.	
Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

Annexe 4. Information avant le diagnostic de surdité

Avant le diagnostic de surdité, deux situations méritent d'être clairement distinguées par les professionnels de santé :

- celle où les professionnels proposent aux parents un test de dépistage de la surdité de l'enfant (situation où les parents n'ont pas imaginé la possibilité que leur enfant n'entende pas bien) ;
- celle où les parents souhaitent savoir si leur enfant entend bien, car il présente un comportement qui leur semble inhabituel (ex. : sollicitation des parents auprès d'un médecin).

► Information dans le cadre d'un dépistage

Il est recommandé que l'information délivrée dans le cadre d'un dépistage soit réalisée par un professionnel de santé ayant reçu une formation spécifique, prenant en compte les aspects relationnels et psychologiques, et pas seulement techniques de l'acte de dépistage.

- **Avant la naissance (visite du 8^e mois)**

Il est recommandé d'informer les femmes enceintes de l'existence et des modalités des différents dépistages effectués à la maternité auprès de l'ensemble des nouveau-nés. Le dépistage néonatal (ces recommandations n'ont pas pour objectif d'évaluer la pertinence du dépistage néonatal de la surdité, mais de proposer des recommandations relatives à l'information à délivrer lorsqu'un dépistage est proposé [ex. : expérimentation sur le dépistage néonatal, dépistage ciblé lors de situation à risque pour l'enfant, etc.]). de la surdité a pour but de s'assurer que le nouveau-né entend bien.

- **En maternité**

Avant la réalisation du test, il est recommandé :

- ▶ d'informer l'un et si possible les deux parents de l'existence du dépistage à la recherche du bon fonctionnement de l'audition : « Je vous propose de vérifier que votre enfant entend bien, comme nous le proposons pour tous les nouveau-nés » ;
- ▶ de lui remettre une plaquette d'information ;
- ▶ d'expliquer le déroulement du test : « Le test ne fait pas mal ; il est réalisé lorsque votre bébé dort ou est calme (après le bain ou la tétée) ; une sonde est placée dans l'oreille ou des électrodes sont placées sur la peau ; l'appareil enregistre automatiquement en quelques minutes les réponses de ses oreilles » ;
- ▶ d'inviter les parents à assister au test : « Si vous le souhaitez, vous pouvez assister au test » ;
- ▶ d'informer que le résultat du test sera transmis par le médecin de la maternité avant la sortie : « Le médecin vous confirmera avant la sortie si le test est concluant, c'est-à-dire qu'il confirme que votre enfant entend bien ou si le test est non concluant, c'est-à-dire qu'il ne permet pas de conclure pour le moment que votre enfant entend bien » ;
- ▶ d'informer les parents de la possibilité d'un deuxième test avant la sortie de la maternité si le premier test n'est pas concluant : « Dans le cas où le premier test de dépistage n'est pas concluant, ce qui peut arriver car le matériel est sensible, si l'enfant s'agite ou se réveille ou si des sécrétions sont encore présentes dans l'oreille, un second test similaire sera réalisé avant la sortie » ;
- ▶ de demander au médecin de rencontrer la famille si celle-ci a des questions supplémentaires ;
- ▶ d'informer que le test n'est pas obligatoire ;
- ▶ de recueillir le consentement oral d'un et si possible des deux parents, avant de procéder au test et de noter l'éventuel refus des parents : « Acceptez-vous que je vérifie que votre enfant entend bien ? ».

Il est recommandé au médecin de la maternité de transmettre systématiquement les résultats du dépistage aux parents avant la sortie du nouveau-né, ainsi qu'au médecin traitant de l'enfant.

Au moment de l'annonce des résultats du dépistage néonatal :

- ▶ 1^{re} situation : le test confirme que le nouveau-né entend bien (test concluant).

Il est recommandé au médecin transmettant ce résultat d'attirer avec prudence l'attention des parents sur le fait que des troubles de l'audition peuvent apparaître secondairement : « Votre enfant entend bien, restez cependant vigilants tout au long de son enfance, car l'audition peut évoluer au cours du temps. N'hésitez pas à consulter en cas de doute ».

- ▶ 2^e situation : le test ne permet pas de conclure d'emblée que le nouveau-né entend bien (test non concluant).

Après avoir procédé à un test de contrôle avant la sortie de la maternité, il est recommandé au médecin transmettant ce résultat :

- de rassurer les parents : « Le test n'a pas permis de préciser la qualité de l'audition de votre enfant. Une telle situation est fréquente car le test est très sensible à l'agitation de l'enfant, aux bruits extérieurs, à la présence de sécrétions derrière le tympan » ;
- de proposer un rendez-vous en audiologie infantile, afin d'effectuer un bilan approfondi de l'audition du nouveau-né ;
- de répondre en toute objectivité aux questions posées par les parents, car certains parents évoqueront la possibilité d'une surdité ;
- de donner les coordonnées d'un professionnel pouvant être contacté, si les parents souhaitent obtenir des informations complémentaires après la sortie de la maternité ;
- d'informer les parents sur les modalités du bilan approfondi (examen clinique, potentiels évoqués auditifs à visée diagnostique, audiométrie comportementale). Certains examens nécessitent que l'enfant soit endormi, il est donc utile de prévoir du temps (2 à 3 heures), des biberons et des changes.

▶ Information dans le cadre d'une sollicitation des parents auprès d'un médecin

Si les parents ont un doute concernant l'audition de leur enfant, un bilan complet de l'audition par un médecin ayant des compétences en audiologie infantile est recommandé. Un test de dépistage néonatal concluant à une audition normale ne doit pas retarder un examen secondaire clinique rigoureux de l'audition ; celui-ci doit tenir compte des possibilités de compensations visuelles ou proprioceptives déjà acquises par l'enfant.

Annexe 5. Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées

Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées sur les critères d'éligibilité à une sortie précoce de la maternité.

Auteurs, Pays, Année	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Niveau de preuve	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture Validation externe
SOGC, Canada, 2007 (11)	<i>Postpartum maternal and newborn discharge.</i>	Non	Non	Non	Oui
AAP, États-Unis, 2004 (37)	<i>Hospital stay for healthy term newborns.</i>	Non	Non	Non	Non
ANAES, France, 2004 (25).	Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique.	Oui	Oui	Oui	Oui

Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées sur les paramètres cliniques maternels de surveillance du post-partum.

Auteurs, Pays, Année	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Niveau de preuve	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture Validation externe
NICE, Royaume-Uni, 2006	<i>Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies.</i>	Oui	Oui	Oui	Oui
ANAES, France, 2004 (25).	Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique.	Oui	Oui	Oui	Oui
HAS, France, 2011 (38)	Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum.	Oui	Oui	Oui	Oui

Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées sur le dépistage et la prise en charge de l'ictère nucléaire.

Auteurs, Pays, Année	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Niveau de preuve	Groupe d'experts pluridisciplinaire	Relecture Validation externe
----------------------	------------------	--	------------------------	--	------------------------------------

Collège royal britannique des obstétriciens et gynécologues mandaté par le NICE, Royaume-Uni, 2010 (79)	<i>Neonatal jaundice.</i>	Oui	Oui	Oui	Oui
Société canadienne de pédiatrie, Canada, 2007 (80)	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).	Oui	Oui	Oui	Oui
Société suisse de néonatalogie, Suisse, 2006 (81)	Prise en charge thérapeutique des nouveau-nés âgés d'au moins 35 semaines de gestation présentant une hyperbilirubinémie (révisions des recommandations de 1993).	Oui, non décrite	Non	Non	Non
Réseau « sécurité naissance-naître ensemble » Pays-de-Loire, France, (124)	Recommandations pour l'ictère de nouveau-né de plus de 35 SA.	Non	Oui	Oui	Non

Caractéristiques méthodologiques des recommandations internationales citées sur les critères d'éligibilité du nouveau-né à bas risque et la surveillance clinique.

Auteurs, Pays, Année	Titre Méthode	Recherche systématique de la littérature	Niveau de preuve	Groupe d'experts pluri-disciplinaire	Relecture Validation externe
UK national screening Committee, NHS, Royaume-Uni, 2012 (125)	<i>Screening tests for your baby.</i>	Oui	Oui	Oui	Oui
Recommandations de bonne pratique ANAES, 2002 (126)	Diagnostic et traitement curative de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né.	Oui	Oui	Oui	Oui
Recommandations en santé publique (121)	Évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale.	Oui	Non	Oui	Oui
Recommandations en santé publique (120)	Évaluation de l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par spectrométrie de masse en tandem. 1 ^{er} volet : déficit en MCAD.	Oui	Non	Oui	Oui
ANAES et Société française de dermatologie (98)	Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues).	Oui	Oui	Oui	Oui

Recommandations en santé publique et rapport d'orientation (101)	Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse et dépistage prénatal de l'hépatite B – Pertinence des modalités de réalisation.	Oui	Non	Oui	Oui
Recommandations en santé publique (99)	Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage.	Oui	Non	Oui	Oui

Annexe 6. Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire systématique a été réalisée de janvier 2002 à juillet 2012, par interrogation des bases de données bibliographiques médicales :

- *Medline* (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- *The Cochrane Library* (*Wiley Interscience*, États-Unis) ;
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique) ;
- Les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- Les sites internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- Les sources spécialisées notamment en épidémiologie et économie.

La recherche a été limitée aux publications en langues anglaise et française. Une veille a été réalisée jusqu'au 25 juillet 2013.

La stratégie de recherche et la liste des sources interrogées sont détaillées dans le paragraphe suivant. Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts consultés et les données fabricants.

Résultats de la recherche

La stratégie de recherche dans la base de données bibliographiques *Medline* est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs du MESH pour *Medline*), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 22 présente la stratégie de recherche dans la base de données *Medline*, et reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- **Nombre références uniques identifiées : 1 238.**
- **Nombres de références analysées : 312.**
- **Nombre de références retenues : 117.**

Les résultats de la veille sur *Medline* ne sont pas inclus dans le tableau. A la demande des chargés de projet, les recherches du tableau récapitulatif n'ont pas été dédoublonnées. Une même référence peut être retrouvée dans des recherches différentes.

Tableau 22. Stratégie de recherche dans la base de données *Medline*.

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de référence
Sortie précoce après accouchement – Recherche générale			
Recommandations		01/2004 – 07/2011	2
Étape 1	Patient Discharge[mesh] OR Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient discharge[tiab] OR early discharge[tiab] OR hospital discharge[tiab]		
ET			
Étape 2	"Postnatal Care"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR postnatal[ti] OR postpartum[ti]		
ET			
Étape 3	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Méta-analyses, revues systématiques		01/2004 – 07/2011	11
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 4	(metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematical literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search)/ti OR Meta-Analysis/pt OR Cochrane Database Syst Rev/so		
Essais contrôlés randomisés		01/2004 – 07/2011	9
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 5	random*/ti OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt		
Essais contrôlés		01/2004 – 07/2011	34
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 6	random*/ti,ab OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR (Randomized Controlled Trial OR Controlled Clinical Trial OR Multicenter Study)/pt		
Études de cohortes		01/2004 – 07/2011	50
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 7	(cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud*)/ti OR (Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Retrospective Studies)/de		
Autres études		01/2004 – 07/2011	90
Étape 1 et 2			
SANS			
	Sans étapes précédentes		
Études économiques		01/2004 – 10/2011	18
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 9	"Cost Allocation"[MeSH] OR "Cost-Benefit Analysis"[MeSH] OR "Costs and Cost Analysis"[MeSH :NoExp] OR "Cost Control"[MeSH] OR "Cost Savings"[MeSH] OR "Cost of Illness"[MeSH] OR "Health Care Costs"[MeSH :NoExp] OR "Economics"[MeSH :NoExp] OR "economics"[Subheading] OR OR "Health care costs"[mesh]		

Études francophones – Banque de donnée en santé publique		01/2004 – 10/2011	42
Étape 10	sortie précoce OU retour précoce		
ET			
Étape 11	Discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti] AND Maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti] OR newborn*[ti] OR neonatal[ti] infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR pregnancy[ti] OR postpartum[ti] OR prenatal[ti] OR postnatal[ti] OR labor[ti] C delivery[ti] OR maternity[ti] OR caesarean[ti] OR mother*[ti] OR birth[ti] OR maternal[ti] OR breastfeeding[ti] OR peripartum[ti] OR midwifery[ti] OR midwife[ti] OR puerperal[ti]		

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique aux soins de l'enfant

Recommandations		01/2002 – 07/2012	5
Étape 1	(Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh]))) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti]		
ET			
Étape 2	Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[tiab] OR infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti]		
ET			
Étape 3	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Méta-analyses, revues systématiques		01/2002 – 07/2012	11
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 3	(metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search)/ti OR Meta-Analysis/pt OR Cochrane Database Syst Rev/so		
Essais contrôlés randomisés ou non		01/2002 – 07/2012	109
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 4	random*/ti OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt OR Controlled Clinical Trials as topic[MH] OR multicenter study[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT]		
Études comparatives		01/2002 – 07/2012	87
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 5	clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]		
Études de cohortes		01/2002 – 07/2012	145
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 5	(cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud*)/ti OR (Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Retrospective Studies)/de		
Autres études		01/2002 – 07/2012	326
Étape 1 et 2			
SANS			
	Sans étapes précédentes		

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique aux soins de la mère

Recommandations		01/2002 – 07/2012	4
Étape 1	(Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh])) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti])		
ET			
Étape 2	"Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Age"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti]		
ET			
Étape 3	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Méta-analyses, revues systématiques		01/2002 – 07/2012	0
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 3	(metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search)/ti OR Meta-Analysis/pt OR Cochrane Database Syst Rev/so		
Essais contrôlés randomisés ou non		01/2002 – 07/2012	32
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 4	random*/ti OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt OR Controlled Clinical Trials as topic[MH] OR multicenter study[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT]		
Études comparatives		01/2002 – 07/2012	17
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 5	clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]		
Études de cohortes		01/2002 – 07/2012	40
Étape 1 et 2			
ET			
Étape 6	(cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud*)/ti OR (Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Retrospective Studies)/de		
Autres études		01/2002 – 07/2012	119
Étape 1 et 2			
SANS			
	Sans étapes précédentes		

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique aux réhospitalisations en urgence

Recommandations		01/2002 – 07/2012	5
Étape 1	Rehospitalization[ti] OR "Patient Readmission"[Mesh] OR readmission[ti] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Emergencies"[Mesh] OR "Emergency Medical Services"[Mesh] OR "Evidence-Based Emergency Medicine"[Mesh] OR "Emergency Treatment"[Mesh] OR "Emergency Medicine"[Mesh] OR emergency[ti] OR emergencies[ti]		

ET			
Étape 2	"Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Neonatal Screening"[Mesh] OR "Prenatal Diagnosis"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Infant Care"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] OR "Intensive Care, Neonatal"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR postnatal care[ti] OR postpartum care[ti] OR infant care[ti] OR "Pregnancy Complications"[Mesh] OR "Kernicterus"[Mesh] OR "Hyperbilirubinemia"[Mesh] OR Hyperbilirubinemia[tiab] OR "Jaundice, Neonatal"[MeSH Terms] OR Kernicterus[ti] OR Bilirubinemia[ti] OR Bilirubin* Encephalopath*[ti] OR "Infant Nutrition Disorders"[Mesh] OR "Breast Feeding"[Mesh] OR "Diabetes, Gestational"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR "Placenta Previa"[Mesh] OR "Dehydration"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh]		
ET			
Étape 3	Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR "Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti]		
ET			
Étape 4	(discharge[tiab] OR discharging[tiab])		
ET			
Étape 5	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR (Health Planning Guidelines)/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Méta-analyses, revues systématiques		01/2002 – 07/2012	0
Étape 1, 2, 3 et 4			
ET			
Étape 6	(metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search)/ti OR Meta-Analysis/pt OR Cochrane Database Syst Rev/so		
Essais contrôlés randomisés ou non		01/2002 – 07/2012	17
Étape 1, 2, 3 et 4			
ET			
Étape 7	random*/ti OR (Random Allocation OR Double-Blind Method OR Single-Blind Method OR Cross-Over Studies)/de OR Randomized Controlled Trial/pt OR Controlled Clinical Trials as topic[MH] OR multicenter study[PT] OR Controlled Clinical Trial[PT]		
Études comparatives		01/2002 – 07/2012	15
Étape 1, 2, 3 et 4			
ET			
Étape 8	clinical trial*[TI] OR comparative stud*[TI] OR versus[TI] OR Clinical Trial[Publication Type:NoExp] OR Comparative Study[PT]		
Études de cohortes		01/2002 – 07/2012	11
Étape 1, 2, 3 et 4			
ET			
Étape 9	(cohort* OR longitudinal stud* OR follow-up stud* OR prospective stud* OR retrospective stud*)/ti OR (Cohort Studies OR Longitudinal Studies OR Follow-Up Studies OR Prospective Studies OR Retrospective Studies)/de		
Autres études		01/2002 – 07/2012	45
Étape 1			
SANS			
	Sans étapes précédentes		

Sortie précoce après accouchement –
Recherche spécifique aux documents/check-list pour une sortie de maternité

		01/2002 – 11 07/2012
--	--	-------------------------

Étape 1 Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh])) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti]

ET

Étape 2 "Decision Support Techniques"[Mesh] OR "Decision Making, Organizational"[Mesh] OR "Decision Trees"[Mesh] OR "Decision Making"[Mesh] OR "Decision Theory"[Mesh] OR "Questionnaires"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Nursing Evaluation Research"[Mesh] OR scale*[ti] OR questionnaire*[ti] OR decision*[ti]

ET

Étape 3 "Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Age"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti] OR Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[tiab] OR infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]

AND "Postpartum Period"[Mesh] OR pregnancy[ti] OR postpartum[ti] OR prenatal[ti] OR postnatal[ti] OR labor[ti] OR delivery[ti] OR maternity[ti] OR caesarean[ti] OR mother*[ti] OR birth[ti] OR maternal[ti] OR breastfeeding[ti] OR peripartum[ti] OR midwifery[ti] OR midwife[ti] OR puerperal[ti]

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique à la sortie précoce liée à un type de soins

		01/2002 – 41 07/2012
--	--	-------------------------

Étape 1 Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh])) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti]

ET

Étape 2 "Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Neonatal Screening"[Mesh] OR "Prenatal Diagnosis"[Mesh] OR "Postnatal Care"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Prenatal Care"[Mesh] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "Infant Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Aftercare"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh:noexp] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Neonatal Nursing"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Intensive Care, Neonatal"[Mesh] OR "Community Health Nursing"[Mesh] OR "Aftercare"[Mesh] OR "Intensive Care Units, Neonatal"[Mesh] OR "Wound Healing"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Surgical Wound Dehiscence"[Mesh] OR postnatal care[ti] OR postpartum care[ti] OR infant care[ti] OR patient care[ti] OR care planning[ti] OR home care[ti] OR aftercare[ti] OR risk[ti] OR risks[ti]

ET

Étape 3 "Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Age"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti] OR Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[tiab] OR infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]

AND "Postpartum Period"[Mesh] OR pregnancy[ti] OR postpartum[ti] OR prenatal[ti] OR postnatal[ti] OR labor[ti] OR delivery[ti] OR maternity[ti] OR caesarean[ti] OR mother*[ti] OR birth[ti] OR maternal[ti] OR breastfeeding[ti] OR peripartum[ti] OR midwifery[ti] OR midwife[ti] OR puerperal[ti]

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique à la sortie précoce liée à un type de pathologie

		01/2002 – 07/2012	39
Étape 1	Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh])) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti]		
ET			
Étape 2	"Pregnancy Complications"[Mesh] OR "Immunologic Tests"[Mesh] OR "Kernicterus"[Mesh] OR "Hyperbilirubinemia"[Mesh] OR Hyperbilirubinemia[tiab] OR "Jaundice, Neonatal"[MeSH Terms] OR Kernicterus[tiab] OR Bilirubinemia[tiab] OR Bilirubin* Encephalopath*[tiab] OR "Vitamin K Deficiency"[Mesh] OR "Vitamin K"[Mesh] OR "Infant Nutrition Disorders"[Mesh] OR "Weight Gain"[Mesh] OR "Breast Feeding"[Mesh] OR "Heart Diseases"[Mesh] OR "Deafness"[Mesh] OR "Surgical Wound Infection"[Mesh] OR "Pulmonary Embolism"[Mesh] OR "Venous Thromboembolism"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus"[Mesh] OR "Diabetes, Gestational"[Mesh] OR "Pyelonephritis"[Mesh] OR "Endometritis"[Mesh] OR "Anemia"[Mesh] OR "Hypertension"[Mesh] OR "Premature Birth"[Mesh] OR "Placenta Previa"[Mesh] OR "Dehydration"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] OR "Infant, Newborn, Diseases"[Mesh]		
ET			
Étape 3	"Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Age"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti] OR Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[tiab] OR infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]		
AND "Postpartum Period"[Mesh] OR pregnancy[ti] OR postpartum[ti] OR prenatal[ti] OR postnatal[ti] OR labor[ti] OR delivery[ti] OR maternity[ti] OR caesarean[ti] OR mother*[ti] OR birth[ti] OR maternal[ti] OR breastfeeding[ti] OR peripartum[ti] OR midwifery[ti] OR midwife[ti] OR puerperal[ti]			

Sortie précoce après accouchement – Recherche spécifique à la préférence des patientes

		01/2002 – 07/2012	32
Étape 1	Patient Discharge[mesh] OR ((Patient Discharge[mesh] OR discharge[ti]) AND (Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient satisfaction[mesh])) OR discharge[ti] OR length of stay[ti] OR readmission[ti] OR postdischarge[ti]		
ET			
Étape 2	"Patient Preference"[Mesh] OR "Patient Freedom of Choice Laws"[Mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Patient Acceptance of Health Care"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "Patients/psychology"[Mesh] OR "Consumer Satisfaction"[Mesh] OR ((view*[ti] OR preference*[ti] OR experience[ti] OR choice*[ti] OR compliance*[ti] OR adherence[ti] OR cooperation[ti]) AND patient*[ti])		
ET			
Étape 3	"Puerperal Disorders"[Mesh] OR "Mothers"[Mesh] OR "Pregnant Women"[Mesh] OR "Parturition"[Mesh] OR "Maternal Welfare"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR "Women's Health"[Mesh] OR "Maternal Health Services"[Mesh] OR "Maternal Age"[Mesh] OR maternal[ti] OR mother*[ti] OR parental*[ti] OR maternity[ti] OR Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR "Infant, Premature"[Mesh] OR "Infant Welfare"[Mesh] OR newborn*[ti] OR neonatal[tiab] OR infant*[ti] OR neonate*[ti] OR babies[ti] OR late preterm[ti] OR baby[ti] OR premature[ti] OR preterm[ti] OR "Pregnancy"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]		
AND "Postpartum Period"[Mesh] OR pregnancy[ti] OR postpartum[ti] OR prenatal[ti] OR postnatal[ti] OR labor[ti] OR delivery[ti] OR maternity[ti] OR caesarean[ti] OR mother*[ti] OR birth[ti] OR maternal[ti] OR breastfeeding[ti] OR peripartum[ti] OR midwifery[ti] OR midwife[ti] OR puerperal[ti]			

Légende tableau

Mesh : Descripteur ; * : troncature ; de : *descriptor*, ti : *title* ; ab : *abstract* ; pt : *publication type* ; so : *journal title*.

• Sites consultés

Dernière consultation : juillet 2013

Information francophone :

- Académie nationale de médecine
- Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé, Canada
- Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (Anes), France
- Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM), France
- Agence de la santé publique du Canada
- Association Française de Normalisation – AFNOR
- Bibliothèque Médicale AF Lemanissier, France
- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones, France
- Centre d'information pour la surdité, France
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Belgique
- Centre de référence pour le Programme de dépistage néonatal de la surdité en Communauté française, Belgique
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – CNGOF
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, France
- Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) – ETSAD, France
- Expertise collective de l'INSERM, France
- Haute Autorité de Santé, France
- Hospice civile de Lyon
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), France
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé, France
- Institut de la statistique et des études économiques, France
- Institut de veille sanitaire (InVS), France
- La Documentation française, France
- Organisation Nationale des Sages-Femmes – ONSSF
- Portail de la statistique publique française, France
- Société Canadienne de Pédiatrie, SCP
- Société Française de Médecine Générale, France
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – SOGC
- Société Suisse de Pédiatrie, Suisse
- Solidarité Paris Mamana – SOLIPAM
- Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, France

Information anglophone :

- Adelaide Health Technology Assessment, Australie
- Academy of Breastfeeding Medicine (ABM), États-Unis
- Agency for Healthcare Research and Quality, États-Unis
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada
- Alberta Medical Association, Canada
- American College of Physicians, États-Unis
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- American Heart Association, États-Unis
- Australian Therapeutic Goods Administration
- Blue Cross Blue Shield Association, États-Unis
- BMJ Clinical Evidence, Royaume-Uni
- British Columbia Reproductive program care, Canada
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Canada
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Canada
- Centers for Disease Control and Prevention Infection Control Guidelines, États-Unis
- Centre for Clinical Effectiveness, Australie
- Centre for Reviews and Dissemination, Royaume-Uni
- CMA Infobase, Canada
- CONSORT Group
- Guidelines and Protocols Advisory Committee, Canada

- Guidelines International Network
- Institute for Clinical Systems Improvement, États-Unis
- Minnesota Department of Health – health Technology Advisory Committee, États-Unis
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Royaume-Uni
- National Guidelines Clearinghouse, États-Unis
- National Health Services Scotland, Royaume-Uni
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Royaume-Uni
- National institute for health research Horizon scanning centre, Australie
- National Institutes of Health, États-Unis
- National Library of Guidelines Specialist Library, Royaume-Uni
- New Zealand Guidelines Group, Nouvelle-Zélande
- New Zealand Health technology Assessment, Nouvelle-Zélande
- Ontario Medical Advisory Secretariat, Canada
- Regional Evaluation Panel, Royaume-Uni
- Royal College of Gynaecology, Royaume-Uni
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royaume-Uni
- Singapore Ministry of Health, Singapour
- UK National screening programme
- U.S. Food and Drug Administration
- U.S. Preventive Services Task Force, États-Unis
- Veterans Affairs Technology Assessment Program, États-Unis

- **Veille**

Une veille a été réalisée jusqu'au 25 juillet 2013 sur *Medline* sur la base des équations du tableau ci-dessus.

Les sommaires des revues suivantes ont été examinés tout au long du projet : *British Medical Journal* (BMJ), *Journal of the American Medical Association* (JAMA), *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine* ; la presse quotidienne médicale, paramédicale et l'Agence Presse Médicale (APM).

Références

1. Vert P. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine. *Bull Acad Natle Méd* 2010;184(8):1623-4.
2. Vert P, Arthuis M. La première semaine de la vie. *Bull Acad Natle Méd* 2005;189(5):1031-9.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Buie V, Owings M, DeFrances C, Golosinskiy A. National hospital discharge survey: 2006 annual summary. National center for health statistics. *Vital Health Stat* 2010;13(168).
4. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96(4):716-26.
5. Maternity Center Association, Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002. <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LtMreport.pdf>
6. Lansky A, Barfield W, Marchi K, Egerter S, Galbraith A, Braveman P. Early hospital discharge and first week follow-up visits for newborns-pregnancy risk assessment monitoring system, 2000 ; 2004. <http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/InfantMortality/Meetings/20040330/earlyhospitaldischargereport.pdf>
7. Lichtenstein B, Brumfield C, Cliver S, Chapman V, Lenze D, Davis V. Giving birth, going home: influences on when low-income women leave hospital. *Health* 2004;8(1):81-100.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125(2):405-9.
9. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ottawa: ASPC; 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspsc/pdf/cphr-rspsc08-fra.pdf>
10. Société Canadienne de pédiatrie, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La facilitation du congé à domicile et durée du séjour après une naissance normale à terme. Déclaration de principe commune, décembre 1996. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1996;18:1281-5.
11. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Cargill Y, Martel MJ. Postpartum maternal and newborn discharge. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(4):357-63.
12. Goulet L, D'Amour D, Pineault R. Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women Health* 2007;45(4):19-39.
13. Watt S, Sword W, Krueger P. Longer postpartum hospitalization options who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy Childbirth* 2005;5(13).
14. Anthony S, Amelink-Verburg M, Jacobusse G, van der Pal-de-Bruin K. De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002. [Home birth in the Netherlands 1995-2002. Rapport of the years 2001-2002]. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2012. http://www.perinatreg.nl/uploads/153/99/Rapportage_Thuisbevalling_2001-2002.pdf
15. Wiegers T, Janssen B. Verloskundige Zorverlening. Rapportage vierde meting, najaar 2004 [Monitoring Maternity Care, Fourth Report, Autumn 2004]. Utrecht: NIVEL; 2004. <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=3910>
16. Ellberg L, Lundman B, Persson MEK, Hogberg U. Comparison of health care utilization of postnatal programs in Sweden. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(1):55-62.
17. National Perinatal Epidemiology Unit, Redshaw M, Heikkila K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010. Oxford: NPEU; 2012. <https://www.npeu.ox.ac.uk/files/downloads/reports/Maternity-Survey-Report-2010.pdf>
18. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;42(1):76-85.
19. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41(2):151-66.
20. Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum: état des lieux en France. *Rev Epidemiol Santé Publ* 2005;53(4):373-82.

21. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, *et al.* 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.
22. Liu S, Heaman M, Joseph K, Liston R, Huang L, Sauve R, *et al.* Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2013;105(4):836-42.
23. Brown S, Small R, Argus B, Davis P, Krstev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;Issue 3:CD002958.
24. Sainz Bueno JA, Romano MR, Garrido Teruel R, Gutiérrez Benjumea A, Palacin AF, Gonzalez CA, *et al.* Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 1):714-26.
25. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoc-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoc-a-domicile
26. Grullon K, Grimes D. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstet Gynecol* 1997;90(5):860-5.
27. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: ANAES; 2001.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf
28. Bernstein HH, Spino C, Baker A, Slora EJ, Touloukian CL, McCormick MC. Postpartum discharge: do varying perceptions of readiness impact health outcomes? *Ambul Pediatr* 2002;2(5):388-95.
29. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Danet S, Olier L, Moisy M. La santé des femmes en France. Paris: La documentation française; 2009.
30. Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité "Regards de femmes sur leur maternité". Paris: UNAF; 2010.
http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATA_LITE.pdf
31. Ciane Collectif interassociatif autour de la naissance. Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements. Croissy sur Seine: CIANE; 2012.
<http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine postnatal care of women and their babies. London: NICE; 2006.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37NICEguideline.pdf>
33. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
34. Schimmel MS, Wasserteil N, Perry ZH, Erlichman M. Parents' compliance with specific medical instructions in newborn discharge letters. *Paediatr Child Health* 2010;15(10):649-53.
35. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Prise en charge de la santé de l'enfant. Travaux et conclusions de la commission. Paris: ONDPS; 2013.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_Travaux_et_conclusions_de_la_Commission_presidee_par_le_Professeur_Yvon_Berland_Mars_2013.pdf
36. Midwifery educator, Specialist MC. Discharge <12hrs postpartum. Auckland: National Women Health; 2010.
http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Discharge%2012%20Hours%20postpartum_.pdf
37. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2004;113(5):1434-6.
38. Haute Autorité de Santé. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'*ante* et du *post-partum*. Saint Denis La Plaine: HAS; 2011.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum

39. World Health Organization. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Geneva: WHO; 2002.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

40. King PA, Duthie SJ, Dong ZG, Ma HK. Secondary postpartum haemorrhage. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1989;29(4):394-8.

41. Marchant S, Alexander J, Thomas P, Garcia J, Brocklehurst P, Keene J. Risk factors for hospital admission related to excessive and/or prolonged postpartum vaginal blood loss after the first 24 h following childbirth. Paediatr Perinat Epidemiol 2006;20(5):392-402.

42. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, *et al.* Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. Emerg Infect Dis 2001;7(5):837-41.

43. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. Br J Obstet Gynaecol 1997;104(3):330-5.

44. Battut A. Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. [Mémoire]. Dijon: Ecole de cadres sages-femmes; 2007.

<http://www.ansfl.org/medias/doc/090513-MemoireAnneBattutz.pdf>

45. Assathiany R, Giacobbi V, Sznajder M. Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Ile-de-France après une sortie précoce de maternité. Archive de Pédiatrie 2006;13(4):336-40.

46. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et Résultats 2012;791.

47. Cour des comptes. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. Dans: Rapport public annuel 2012. Paris: Cour des comptes; 2012. p. 395-428.

48. Bernstein HH, Spino C, Finch S, Wasserman R, Slora E, Lalama C, *et al.* Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their

healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study. Pediatrics 2007;120(2):e391-e400.

49. Weiss M, Ryan P, Lokken L, Nelson M. Length of stay after vaginal birth: sociodemographic and readiness-for-discharge factors. Birth 2004;31(2):93-101.

50. Britton JR. Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. Acta Paediatr 2005;94(12):1771-6.

51. Friedman MA, Spitzer AR. Discharge criteria for the term newborn. Pediatr Clin North Am 2004;51(3):599-618.

52. Ellberg L, Hogberg U, Lundman B, Kallen K, Hakansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. Acta Paediatr 2008;97(5):579-83.

53. 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.

54. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet JM. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Arch Pediatr 2008;15(6):1076-82.

55. Zimmerman DR, Klinger G, Merlob P. Early discharge after delivery. A study of safety and risk factors. ScientificWorldJournal 2003;3:1363-9.

56. 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.

57. Lode N, Maury I, Boissinot C. Urgences vitales chez le moins d'un mois. J Ped Puericult 2004;17(3):143-50.

58. Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. Arch Dis Child 2005;90(2):119-24.

59. Chen HL, Wang YH, Tseng HI, Lu CC. Neonatal readmission within 2 weeks after birth. Acta Paediatr Taiwan 2005;46(5):289-93.

60. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay, readmission, and mortality in California. Pediatrics 2006;118(1):63-72.

61. Paul IM, Lehman EB, Hollenbeak CS, Maisels MJ. Preventable newborn readmissions since passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics* 2006;118(6):2349-58.
62. Gupta P, Malhotra S, Singh DK, Dua T. Length of postnatal stay in healthy newborns and re-hospitalization following their early discharge. *Indian J Pediatr* 2006;73(10):897-900.
63. Vanpée M, Rylander E, Bergius H, Marchini G. . Sortie précoce de maternité des nouveau-nés bien portants : expérience Scandinave. *Arch Pediatr* 2009;16(6):709-10.
64. Farhat R, Rajab M. Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *N Am J Med Sci* 2011;3(3):146-51.
65. De Luca D, Carnielli VP, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. *Eur J Pediatr* 2009;168(9):1025-30.
66. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Paediatr* 2010;99(5):654-7.
67. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics* 2013;131(5):e1538-44.
68. Claudet I, De Montis P, Debuissou C, Maréchal C, Honorat R, Grouteau E. Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau nés. *Arch Pediatr* 2012;19(9):900-6.
69. Kotagal UR, Schoettker PJ, Atherton HD, Bush D, Hornung RW. The impact of legislation and secular trends on newborn length of stay for Medicaid infants in Ohio. *J Pediatr* 2002;141(3):392-7.
70. scotland NQio. Routine examination of the newborn. Edinburgh: NHS Quality improvement of scotland; 2008.
71. Dageville C, Casagrande F, De SS, Boutte P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Arch Pediatr* 2011;18(9):994-1000.
72. National Collaborating Centre for Primary Care, Royal College of General Practitioners, Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, *et al*. Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. London: NCCPC, RCGP; 2006.
73. Grossman X, Chaudhuri JH, Feldman-Winter L, Merewood A. Neonatal weight loss at a US Baby-Friendly Hospital. *J Acad Nutr Diet* 2012;112(3):410-3.
74. Mellander M, Sunnegårdh J. Failure to diagnose critical heart malformations in newborns before discharge an increasing problem? *Acta Paediatr* 2006;95(4):407-13.
75. Wren C, Richmond S, Donaldson L. Temporal variability in birth prevalence of cardiovascular malformations. *Heart* 2000;83(4):414-9.
76. UK National screening programme. Newborn and infant physical examination. London: NHS; 2008.
77. Prudhoe S, Abu-Harb M, Richmond S, Wren C. Neonatal screening for critical cardiovascular anomalies using pulse oximetry. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2013;98(4):F346-F50.
78. Reiser DJ. Neonatal jaundice: physiologic variation or pathologic process. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2004;16(2):257-69.
79. National Institute for Health and Clinical Excellence. Neonatal jaundice. London: RCOG; 2010.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12986/48678/48678.pdf>
80. Société Canadienne de pédiatrie. 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.
81. Société suisse de pédiatrie, Arlettza R, Blumberg A, Buetti L, Fahnenstich H, Mieth D, *et al*. Prise en charge thérapeutique des nouveau nés âgés d'au moins 35 semaines de gestation présentant une hyperbilirubinémie. *Paediatrica* 2006;17(3):30-3.
82. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mise en oeuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant
83. Revised guidance to help prevent kernicterus. Sentinel Event Alert 2004(31).

84. Ipek IO, Bozaykut A, Cagril SC, Sezer RG. Does cord blood bilirubin level help the physician in the decision of early postnatal discharge? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(8):1375-8.
85. Romagnoli C, Tiberi E, Barone G, De Curtis MD, Regoli D, Paolillo P, *et al.* Development and validation of serum bilirubin nomogram to predict the absence of risk for severe hyperbilirubinaemia before discharge: a prospective, multicenter study. *Ital J Pediatr* 2012;38(6).
86. Campbell DM, Danayan KC, McGovern V, Cheema S, Stade B, Sgro M. Transcutaneous bilirubin measurement at the time of hospital discharge in a multiethnic newborn population. *Paediatr Child Health* 2011;16(3):141-5.
87. Dalal SS, Mishra S, Agarwal R, Deorari AK, Paul V. Does measuring the changes in TcB value offer better prediction of Hyperbilirubinemia in healthy neonates? *Pediatrics* 2009;124(5):e851-7.
88. Bhutani VK, Gourley GR, Adler S, Kreamer B, Dalin C, Johnson LH. Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial pre-discharge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 2000;106(2):E17.
89. Tatopoulos A, Hubert C, Vieux R, Hascoët JM. Quel bilan sanguin réaliser avant une sortie précoce de maternité pour prédire un ictère sévère ? *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2010;39(3):218-23.
90. Madan A, Huntsinger K, Burgos A, Benitz WE. Readmission for newborn jaundice: the value of the Coombs' test in predicting the need for phototherapy. *Clin Pediatr* 2004;43(1):63-8.
91. Kaplan M, Bromiker R, Schimmel MS, Algur N, Hammerman C. Evaluation of discharge management in the prediction of hyperbilirubinemia: the Jerusalem experience. *J Pediatr* 2007;150(4):412-7.
92. Shah VA, Yeo CL. Identifying risk of neonatal hyperbilirubinaemia and early discharge for glucose-6-phosphate dehydrogenase deficient newborns in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36(12):1003-9.
93. Eggert LD, Wiedmeier SE, Wilson J, Christensen RD. The effect of instituting a prehospital-discharge newborn bilirubin screening program in an 18-hospital health system. *Pediatrics* 2006;117(5):e855-e62.
94. Petersen JR, Okorodudu AO, Mohammad AA, Fernando A, Shattuck KE. Association of transcutaneous bilirubin testing in hospital with decreased readmission rate for hyperbilirubinemia. *Clin Chem* 2005;51(3):540-4.
95. Slaughter J, Annibale D, Suresh G. False-negative results of pre-discharge neonatal bilirubin screening to predict severe hyperbilirubinemia: a need for caution. *Eur J Pediatr* 2009;168(12):1461-6.
96. Punaro E, Aparecida Mezzacappa M, Perazzini Facchini F. Systematic follow-up of hyperbilirubinemia in neonates with a gestational age of 35 to 37 weeks. *J Pediatr* 2011;87(4):301-6.
97. Mah MP, Clark SL, Akhigbe E, Englebright J, Frye DK, Meyers JA, *et al.* Reduction of severe hyperbilirubinemia after institution of pre-discharge bilirubin screening. *Pediatrics* 2010;125(5):e1143-8.
98. Société française de dermatologie, santé Andaedée. Prise en charge de l'herpès cutanéomuqueux chez le sujet immunocompétent (manifestations oculaires exclues). Conférence de consensus. Paris: ANAES, SFD; 2001.
99. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_866949/depistage-de-linfection-par-le-vih-en-france-strategies-et-dispositif-de-depistage
100. Ministère de la santé et des sports, Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Paris: La documentation Française; 2010.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf
101. Haute Autorité de Santé. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_893585/surveillance-serologique-et-prevention-de-la-toxoplasmose-et-de-la-rubeole-au-cours-de-la-grossesse-et-depistage-prenatal-de-lhepatite-b-pertinence-des-modalites-de-realisation

102. Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_detaille_2013_ministere_Affaires_sociales_et_Sante_.pdf.pdf
103. Direction générale de la santé, soins Ddlhedlod. Circulaire DGS/SD5C/DHOS/E 2 n° 2004-532 du 10 novembre 2004 relative au dépistage obligatoire au cours de la grossesse de l'antigène HBs du virus de l'hépatite B (VHB) et à la vaccination des nouveau-nés de femmes porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B. Bulletin Officiel 2004;2004-48.
104. Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. Guide d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/favoriser-lallaitement-maternel-processus-evaluation
105. Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel suivi par le pédiatre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272473/fr/allaitement-maternel-suivi-par-le-pediatre
106. Pediatrics AAo. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129(3):e827-41.
107. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: hospital practices to support breastfeeding United States, 2007 and 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011;60(30):1020-5.
108. Pavicié Bosnjak AP, Batinica M, Hegeduš-Jungvirth M, Grguric J, Božikov J. The effect of baby friendly hospital initiative and postnatal support on breastfeeding rates Croatian experience. Coll Antropol 2004;28(1):235-43.
109. Crivelli-Kovach A, Chung EK. An evaluation of hospital breastfeeding policies in the Philadelphia metropolitan area 1994-2009: a comparison with the baby-friendly hospital initiative ten steps. Breastfeed Med 2011;6(2):77-84.
110. Institut de veille sanitaire, Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bull Epidémiol Hebdo 2012;34:383-6.
111. Labarere J, Castell M, Fourny M, Durand M, Pons JC. A training program on exclusive breastfeeding in maternity wards. Int J Gynaecol Obstet 2003;83(1):77-84.
112. DiFrisco E, Goodman KE, Budin WC, Lilienthal MW, Kleinman A, Holmes B. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. J Perinat Educ 2011;20(1):28-35.
113. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #2 (2007 revision): guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "the going home protocol". Breastfeed Med 2007;2(3):158-65.
114. Vendittelli F, Riviere O, Crenn-Hebert C, Claris O, Tessier V, Pinquier D, et al. Réseau Sentinelle Audipog 2004-2005. Partie 2 : évaluation des pratiques professionnelles. Gynecol Obstet Fertil 2008;36:1202-10.
115. Cambonie G, Rey V, Sabarros S, Baum TP, Fournier-Favre S, Mazurier E, et al. Early postpartum discharge and breastfeeding: an observational study from France. Pediatr Int 2010;52(2):180-6.
116. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. Pediatrics 2003;111(3):519-24.
117. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does postpartum length of stay affect breastfeeding duration? A population-based study. Birth 2003;30(3):153-9.
118. aliments Afdssd. Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Maisons-Alfort: AFSSA; 2005.
<http://www.afssa.fr/Documents/MIC-Ra-BIB.pdf>
119. Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant. Bilan d'activité 2011. Paris: AFDPHE; 2012.
120. Haute Autorité de Santé. Évaluation *a priori* de l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par la technique de spectrométrie de masse en tandem en population générale en France. 1er volet : dépistage du déficit en MCAD. Saint Denis La Plaine: HAS; 2011.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/argu_depistage_neonatal_vf.pdf

121. Haute Autorité de Santé. Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale. Evaluation médico-économique et santé publique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_513169/evaluation-du-depistage-neonatal-systematique-de-la-surdite-permanente-bilaterale

122. Vos B, Lagasse R. Le programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en communauté française: présentation du programme et évaluation de la première année de dépistage. *Percentile* 2008;13(4).

123. Salle B. L'alimentation du nouveau né et du nourrisson. *Bull Acad Natle Méd* 2009;193(2):431-46.

124. Réseau sécurité naissance naître ensemble Pays de la Loire. Recommandations pour l'ictère du nouveau-né de plus de 35 SA. Nantes: RSN; 2006.

125. UK National screening programme. Screening tests for your baby. London: NHS; 2012.

126. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Paris: ANAES; 2002.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272226/en/diagnosis-and-treatment-of-early-bacterial-infection-in-the-newborn

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

- Association française de dépistage et de prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE)*
- Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)*
- Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)*
- Association nationale des sages-femmes cadres (ANSFC)*
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)
- Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)
- Centre National de Référence en Hémiobiologie Périnatale (CNRHP)*
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)*
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)*
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*
- Fédération nationale de gynécologie médicale*
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)*
- L'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie (Audipog)
- Réseau sécurité naissance
- Société française de néonatalogie (SFN)*
- Société française de pédiatrie (SFP)
- Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof)*
- Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF)*
- CIANE (collectif interassociatif autour de la naissance)*
- FFRSP (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité)
- UNAF*
- FFP (Fédération française de psychiatrie)
- Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie – Conseil national professionnel de psychiatrie (CNQSP-CNPP)*

* Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

Groupe de travail

Pr Jean-Michel Hascoet, pédiatre, Nancy – président du groupe de travail

Dr Christine Boissinot, pédiatre, Paris – chargée de projet

Dr Claire Boithias, pédiatre, Le Kremlin-Bicêtre – chargée de projet

Mme Bénédicte Coulm, sage-femme, Paris – chargée de projet

Mme Karine Petitprez, Saint-Denis – chef de projet HAS

Mme Anne Battut, sage-femme, Paris (*)
Mme Corinne Beaumont N'Dri, infirmière puéricultrice, Paris
Mme Laurence Binet, sage-femme, Dijon
Mme Hélène Bomy, infirmière puéricultrice, Lille
Dr Anne Cortey, pédiatre, Paris
Mme Anne-Gaëlle Daniel, chargée de mission périnatalité ARS Île-de-France, Paris
Dr Xavier Danoy, gynécologue obstétricien, Aix-en-Provence
Mme Anne Evrard, représentante d'usagers, Lyon
Dr Patricia Garcia-Meric, pédiatre, néonatalogiste, Marseille
Dr Philippe Gillard, gynécologue obstétricien, Angers
Dr Fabienne Kocher, pédiatre, Orléans

Dr Marie-Claude Marchand, pédiatre PMI, Osay(#)
Dr Hugues Patural, pédiatre, Saint-Étienne
Dr Marc Périneau, gynécologue obstétricien, Toulouse
Mme Catherine Poret, sage-femme cadre supérieur HAD, Puteaux
Dr Thameur Rakza, pédiatre, Lille
Mme Corinne Riou, sage-femme, Caen
Dr Carole Sibai-Sere, gynécologue, Bordeaux
Dr Anne-Laure Sutter-Dallay, psychiatre, pédopsychiatre, Bordeaux
Dr Annick Valence, médecin de santé publique, Nancy
Pr Paul Vert, pédiatre, néonatalogiste, Nancy
Dr Maurice Xambeu, médecin généraliste, Villefontaine

(#) Expert ne souhaitant pas endosser cette recommandation de bonne pratique

(*) N'endosse pas le chapitre parcours de soins du nouveau-né au cours du 1er mois de vie

Groupe de lecture

Mme Laurence Abraham, infirmière de coordination, Chambéry
Mme Madeleine Akrich, représentante d'usagers, Paris
Dr Mélanie Alexandre, pédiatre, Caen
Dr Malika Amellou, médecin de santé publique, médecin de PMI, Paris
Mlle Nathalie Baunot, sage-femme coordonnatrice, Paris
M. Willy Belhassen, sage-femme, Paris
M. Thierry Berenger, coordonnateur réseau périnatal, Gennevilliers
Dr Sophie Bert, pédiatre, Dijon
Mme Catherine Bertevas, sage-femme, Brest
Mme Christine Blanchot-Isola, sage-femme cadre PMI, Évry
Mme Beatrice Blondel, épidémiologiste, Paris

Mme Nathalie Bonfante, sage-femme, Toulouse
Dr Bernard Branger, pédiatre, Nantes
Mme Grazia Brisset, sage-femme cadre supérieur, Clamart
Mme Danielle Capgras Baberon, sage-femme, Saint-Loup
Dr François-Marie Caron, pédiatre, Amiens
Dr Hélène Carrère, représentantes d'usagers, Toulouse
Mme Céline Champagne, sage-femme libérale, Crécy-la-Chapelle
Mlle Marie-Christine Chaux, sage-femme cadre supérieur, Paris
M. Sébastien Colson, infirmier puériculteur, Marseille
Dr Muriel Cornic, pédiatre, Toulouse
Mme Marielle Da Costa, infirmière puéricultrice, Toulouse

Dr César Dalloul, pédiatre, Chambray-lès-Tours
Mme Fabienne Darcet, sage-femme cadre supérieur, Rouen
Dr Dominique Decant, psychiatre périnatale, Paris
Dr Christine Devulder, pédiatre, Reims
Mme Chantal Ducroux-Schouwey, représentante d'usagers, Lyon
Dr Michel Dugnat, pédopsychiatre, Marseille
Édouard François, vice-président de l'Union nationale des associations familiales – UNAF, Buchy
Dr Brigitte Escourrou, médecin généraliste, Le Fossat
Dr Ludivine Franchitto, pédopsychiatre, Toulouse
Mme Sophie Frignet, sage-femme, Étrechy
Mme Christine Gibault, sage-femme cadre supérieur, Tours
Dr Charles Gilliot, gynécologue obstétricien, Mulhouse
Dr Gérard Grelet, gynécologue, Pertuis
Mme Sophie Guillaume, sage-femme cadre, présidente du CNSF (Collège national des sages-femmes), Paris (*)
Dr Thierry Harvey, gynécologue obstétricien, Paris
Mme Hélène Horgues Debat, sage-femme, Aix-en-Provence
Pr Jacques Horovitz, gynécologue obstétricien, Bordeaux
Mme Brigitte Huet, sage-femme, Rennes
Dr Martine Huot-Marchand, pédiatre, spécialiste en santé publique, Laxou
Dr Serge Ilunga, pédiatre néonatalogiste, Nîmes
Dr Catherine Isserlis, pédopsychiatre, Le Chesnay
Dr Pascale Le Pors-Lemoine, gynécologue obstétricien, Saint-Malo
Pr Bruno Leheup, pédiatre généticien, Vandoeuvre
Dr Franck Leonard, gynécologue obstétricien, Cahors
Mme Catherine Llinares-Trapé, sage-femme, Montgaillard

Dr Gérard Lonlas, gynécologue obstétricien, Saint-Jean-de-Braye
Dr Patricia Lubelski, pédiatre, Verrières-le-Buisson
Dr Jacques Marchet, gynécologue obstétricien, Dijon
Mme Michèle Marcot, sage-femme, Marseille
Dr Geneviève Massin, pédiatre, Dijon
Marie-Bénédicte Mercier, médecin généraliste, Angers
Dr Jean-Michel Muller, pédiatre libéral, Nice
Mme Anne-Laure Noel, sage-femme, Equeurdreville-Hainneville
Dr Élisabeth Paganelli, gynécologue médical, Tours
Dr Caroline Paricio, pédiatre néonatalogiste, Saint-Étienne
Mme Emmanuelle Phan, représentante d'usagers, Nantes
Pr Henri-Jean Philippe, gynécologue obstétricien, Nantes
Mme Valérie Pinte, sage-femme, Linselles
M. Alain Piquet, sage-femme, Avranches
Pr François Poinso, pédopsychiatre, Marseille
Dr Jacques Poinso, pédiatre, Tours
Dr Christine Rainelli, psychiatre périnatale, Limoges
Mme Catherine Rea, conseiller médical à la FEHAP, Paris
Dr Catherine Renaud, néonatalogiste, Paris
Dr Yahn Rouquet, gynécologue obstétricien, Vitry-sur-Seine
Dr Jacques Sarfaty, pédopsychiatre, Créteil
Dr Christophe Savagner, pédiatre, Angers
Dr Loïc Sentilhes, gynécologue obstétricien, Angers
Raha Shojai, gynécologue, Marseille
Dr Hélène Siavellis, pédiatre, santé publique, Paris
Dr Paola Sikias, pédiatre, Antony

Mme Floriane Stauffer, sage-femme, Saint-Nicolas-de-Fort

Mme Muriel Terrieres, représentante d'usagers, Montmorency

Dr Olivier Thiebaugeorges, gynécologue obstétricien, Toulouse

Dr Marie Titeca, psychiatre, pédopsychiatre, Lyon

Mme Marlene Truquet, sage-femme, Lavour

Dr Georges Vezon, gynécologue obstétricien, Talence

Mme Nathalie Vignaud-Ayache, infirmière puéricultrice de PMI, La-Roche-sur-Yon

Mme Marie-Laure Villars, sage-femme, Limoges

(#) Expert ne souhaitant pas endosser cette recommandation de bonne pratique

(*) N'endosse pas le chapitre parcours de soins du nouveau-né au cours du 1er mois de vie

Fiche descriptive

Titre	Sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans le contexte du bas risque. - Prévenir l'apparition de complications maternelles du post-partum et néonatales. - Diminuer le risque de situations évitables graves.
Patients ou usagers concernés	Couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.
Professionnels concernés	Professionnels de maternité, libéraux et de centre de PMI : pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, gynécologues médicaux, psychiatres, psychologues, pédopsychiatres, assistantes sociales et travailleurs sociaux.
Demandeur	Autosaisine HAS.
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : Mme Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence). Secrétariat : Mme Jessica Layouni.
Recherche documentaire	De janvier 2004 à juillet 2013 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 6 de l'argumentaire scientifique). Réalisée par M. Aurélien Danscoine, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès).
Auteurs de l'argumentaire	Mme Bénédicte Coulm, sage-femme, Paris ; Dr Claire Boithias, pédiatre, Kremlin-Bicêtre ; Dr Christine Boissinot, pédiatre, Paris. Mme Karine Petitprez, chef de projet de la HAS.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Jean-Michel Hascoët, pédiatre, Nancy), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique. Adoption par le Collège de la HAS en mars 2014
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Document d'accompagnement	Document d'information (2013).



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr