



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

RECOMMANDATIONS

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 dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode
Recommandations pour la pratique clinique

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

	Preuve scientifique établie
A	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.
	Présomption scientifique
B	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.
	Faible niveau de preuve
C	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).
	Accord d'experts
AE	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.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable 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	4
Préambule.....	5
Recommandations	7
1. Peut-on définir une durée optimale de séjour en maternité ?.....	7
2. Quelles sont les conditions « optimales » pour une sortie de la maternité ?.....	8
2.1. Informer les femmes et/ou le couple	8
2.2. Définir une population à bas risque.....	9
2.2.1 En cas de sortie après une durée de séjour standard.....	9
2.2.2 En cas de sortie précoce.....	11
2.2.3 Prévention des hyperbilirubinémies sévères	13
2.3. S'assurer de l'existence d'un accompagnement adéquat à la sortie de la maternité	14
2.4. Quel suivi mettre en place après la sortie de maternité ?.....	14
2.4.1 Paramètres de surveillance pour la mère	15
2.4.2 Paramètres de surveillance pour l'enfant.....	15
3. Modes d'accompagnement et organisation du suivi en <i>post-partum</i>	17
3.1. Professionnels impliqués et modes d'accompagnement.....	17
3.2. Continuité et coordination des soins	18
3.3. Cahier des charges et organisation du suivi pour la mère et pour l'enfant.....	19
3.3.1 Cahier des charges pour la mère et l'enfant.....	19
3.3.2 Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie	20
Annexe 1. Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie de la maternité	21
Annexe 2. Fiche de liaison : maternité → suivi en <i>post-partum</i> immédiat.....	26
Annexe 3. Compte rendu du suivi en <i>post-partum</i> immédiat.	28
Annexe 4. a. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour standard	30
Annexe 4. b. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures en cas de naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures en cas de césarienne)	31
Participants	32
Fiche descriptive	36

Abréviations et acronymes

BS	Bilirubine sanguine
BTC.....	Bilirubinémie transcutanée
G6PD	Glucose-6-phosphate déshydrogénase
HTA.....	Hyper-tension artérielle
MCAD	Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
PMI	Protection maternelle et infantile
PRADO...	Programme d'accompagnement du retour à domicile
SA	Semaine d'aménorrhée

Préambule

Contexte d'élaboration

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 autosaisine 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.
- 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 globalement 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 jours¹.

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 de maternité 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.

¹ Vert P, Arthuis M. *La première semaine de la vie*. Bull Acad Nat Méd 2005;189(5):1031-9.

Définitions et population concernée

Les recommandations ci-après concernent les conditions « optimales » et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité permettant un retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés dans des circonstances favorables.

Elles s'adressent **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.

Des durées de séjour standard ont été définies par accord d'experts comme étant des durées d'hospitalisation en maternité de **72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse** et de **96 heures à 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 réseau.

Limites

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

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

Recommandations

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

Les expériences étrangères ont principalement montré qu'une fois le bas risque défini, la durée de séjour en maternité était peu discriminante, sous condition qu'un suivi médical soit assuré après la sortie. L'expérience des États-Unis en ce domaine a montré qu'un encadrement organisationnel (et réglementaire) permettait de prévenir les conséquences négatives des sorties de maternité trop précoces et/ou insuffisamment préparées.

L'analyse de la littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour les mères à bas risque médical, psychique et social. L'adaptation progressive du nouveau-né à la vie extra-utérine et la stabilisation des fonctions vitales nécessitent une surveillance pendant les premiers jours de vie.

C

Dans l'état actuel des données de la littérature, il apparaît qu'une fois le bas risque correctement défini, la durée de séjour à la maternité n'est pas discriminante pour la sécurité de la mère et du nouveau-né. La durée optimale du séjour serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur.

2. Quelles sont les conditions « optimales » pour une sortie de la maternité ?

2.1. Informer les femmes et/ou le couple

La sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipées avant la naissance car la durée du séjour en maternité est courte.

Actuellement en France, le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en *post-partum* serait relativement important (de 15 à 35 % en fonction des études), du fait d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité. D'une manière générale, ces difficultés ne seraient pas directement imputées à la durée du séjour, puisque près des trois quarts des femmes interrogées jugeaient leur durée d'hospitalisation à la maternité adéquate.

Le 3^e trimestre de grossesse semble être un moment idéal pour informer les femmes et les couples car ceux-ci seraient plus à même d'anticiper le moment de la naissance et du retour à domicile.

Recommandations sur l'information des femmes et/ou du couple pour une sortie de la maternité dans des conditions optimales	
Modalités d'information	
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 <i>post-partum</i> 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.
	Des informations sur le <i>post-partum</i> 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 réseau) et pendant le séjour en maternité.
Contenu des informations	
AE	Il est recommandé d'informer les femmes et/ou les couples sur les événements du <i>post-partum</i> (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 respectifs, modalités d'accès aux soins et professionnels pouvant être contactés, rôle et coordonnées d'associations d'utilisateurs.
	La notion de professionnel de santé « réfèrent du suivi » doit être évoquée (cf. § 3.2. Continuité et coordination des soins).

Informations spécifiques à donner en cas de sortie anticipée 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 référent du suivi doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme. En regard, un professionnel de santé « référent de la maternité » est à identifier au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice...) afin de répondre le cas échéant aux demandes d'information et d'avis du professionnel référent du suivi assurant l'accompagnement en <i>post-partum</i> concernant la mère et l'enfant.

Un document d'information sur l'organisation du retour à domicile et du suivi postnatal destiné aux femmes a été élaboré dans le cadre de ces recommandations.

2.2. Définir une population à bas risque

En fonction des critères définissant ci-après le bas risque maternel et pédiatrique, et d'un échange au cours du séjour en maternité avec la mère et/ou le couple permettant de prendre en compte leur souhait (confirmation ou révision du souhait anténatal), l'équipe médicale détermine la date de sortie appropriée pour la mère et son enfant.

En cas de sortie de la mère contre avis médical³, l'organisation d'un suivi en *post-partum* à domicile est recommandée.

2.2.1 En cas de sortie après une durée de séjour standard

► Pour la mère

Les critères permettant de définir le bas risque maternel pour un retour à domicile après un accouchement sont semblables dans différents pays (France, Grande-Bretagne, 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 dans le cas d'une sortie de la maternité entre 72 et 96 heures après un accouchement par voie basse (entre 96 et 120 heures après une césarienne). 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.

³ Art. 1112-62 du Code de la santé publique

Tableau 1. Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction 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 .
-----------	--

► Pour l'enfant

AE	Il est recommandé de tout mettre en œuvre pour permettre au nouveau-né de sortir de la maternité en même temps que sa mère.
-----------	---

Une liste de critères a été établie afin d'identifier les nouveau-nés à bas risque dans le cas d'une sortie après une durée de séjour standard en maternité. L'objectif est de sélectionner des nouveau-nés pour lesquels le risque de complications néonatales est le plus faible.

Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
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 2 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 (groupes à bas risque d'ictère sévère 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 bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> 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 sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ;

** définis selon les courbes de référence utilisées.

2.2.2 En cas de sortie précoce

► Pour la mère

Dans le cas particulier où la mère et/ou le couple souhaite opter pour une sortie précoce de la maternité (sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne), il est recommandé que :

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

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction 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, 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.
NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

► Pour l'enfant

Pour envisager une sortie précoce dans des conditions optimales, les critères pédiatriques retenus sont les suivants.

Tableau 4. 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 2 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 (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
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 organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ; ** groupe défini selon les courbes de références utilisées.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

Deux formulaires listant les critères maternels et pédiatriques retenus pour définir une population à bas risque sont proposés en annexe 1 : l'un est à compléter en cas de sortie précoce, l'autre en cas de sortie après une durée de séjour standard.

2.2.3 Prévention des hyperbilirubinémies sévères

► Rappel des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère⁴

- 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 fœtomaternelle, déficit en G6PD...) ;
- l'existence d'hématome et/ou de céphalématome ;
- 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 sortie⁵.** Une prise de poids insuffisante ou une perte de poids > 8 % du poids de naissance doit inciter à une vigilance particulière.

► Modalités d'organisation de la sortie relatives à l'ictère et à la prévention des hyperbilirubinémies sévères

AE	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 : <ul style="list-style-type: none">- être opérationnelles dans les 24 h 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 (cf. annexe 2) destinée aux professionnel(s) qui assure(nt) le suivi.

⁴ D'après les recommandations de l'*American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns.* Pediatrics 2004;113(5):1434-6 et du *National Institute for Health and Clinical Excellence. Neonatal jaundice.* London: RCOG; 2010.

⁵ D'après les recommandations de l'Anaes, *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.* 2002.

2.3. S'assurer de l'existence d'un accompagnement adéquat à la sortie de la maternité

Deux séances postnatales 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 postnatale** (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 parents⁶* ». Elles sont actuellement prises en charge intégralement au titre de l'assurance maternité.

Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un « entretien postnatal 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 postnatales afin de proposer systématiquement un entretien postnatal précoce.

2.4. Quel suivi mettre en place après la sortie de maternité ?

En l'absence de facteurs de risque particuliers, les suites de l'accouchement et le *post-partum* sont le plus souvent simples pour la mère au-delà des 24 premières heures : les complications les plus fréquentes en *post-partum* sont de nature infectieuse, hémorragique, thromboembolique, vasculo-rénale et psychologique. Le suivi médical de la mère consiste principalement en une surveillance et une prévention de ces complications éventuelles et en un accompagnement, notamment de l'allaitement maternel.

Chez l'enfant, l'ictère et les problèmes d'alimentation sont les complications les plus fréquentes, pouvant aboutir à des situations graves.

Les conditions optimales de sortie des couples mère-enfant sont déterminées par une surveillance clinique et paraclinique réalisée en maternité puis en continuité après la sortie.

Le professionnel référent du suivi est chargé du dépistage, de la prévention et de la prise en charge des complications (en orientant si nécessaire la femme vers un autre professionnel).

⁶ Journal officiel du 22 avril 2008.

	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.
AE	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.

2.4.1 Paramètres de surveillance pour la mère

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

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

Tableau 5. 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/ pré-éclampsie
Risque thromboembolique
Troubles urinaires/digestifs
Cicatrisation (périnée, césarienne)
Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
Douleur
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines*
Accompagnement de l'allaitement maternel
Accompagnement et informations sur la contraception*
Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
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.

2.4.2 Paramètres de surveillance pour l'enfant

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 diagnostiquée 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 (tests de dépistage néonatal) ;
- 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 suite à une durée de séjour standard, la surveillance de l'enfant doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 6. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard

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

Tableau 7. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque après un retour précoce à domicile

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 ou 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.

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

Le suivi des femmes peut s'appuyer sur des modes d'accompagnement divers, à condition de respecter le 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 postnatal doit tenir compte des moyens disponibles localement afin d'être disponible 7 jours sur 7.

Ces recommandations ont pour but de définir un cadre suffisamment souple, dans lequel ces principes doivent être respectés.

3.1. Professionnels impliqués et modes d'accompagnement

Différents professionnels de santé qualifiés peuvent assurer le suivi et l'accompagnement de la mère et de l'enfant en période postnatale.

Les sages-femmes :

- libérales : elles interviennent à domicile ou dans leur cabinet, qu'elles soient choisies par la femme durant sa grossesse, sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement ou identifiées dans le cadre du PRADO ;
- de PMI : selon les ressources disponibles au sein du département, elles peuvent se rendre au domicile ou assurer des consultations dans les centres de PMI ;
- hospitalières : détachées, elles peuvent se rendre au domicile des parents (dans un périmètre défini autour de l'établissement de santé), voire assurer des consultations dans l'établissement même ou dans un centre périnatal de proximité.

Les médecins libéraux : généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, psychiatres et pédopsychiatres notamment sont susceptibles d'assurer le suivi de la mère ou celui de l'enfant en *post-partum*, le plus souvent au sein de leur cabinet.

En cas de pathologie maternelle ou néonatale durant le *post-partum*, la sage-femme référera la femme vers un médecin et pourra éventuellement pratiquer les soins prescrits par celui-ci. En cas de découverte ou de suspicion de pathologie chez le nouveau-né, celui-ci devra être réorienté vers un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.

D'autres professionnels ou structures peuvent également intervenir de façon coordonnée dans la prise en charge et le suivi de la mère et de l'enfant : infirmières puéricultrices diplômées d'État (de PMI notamment), auxiliaires de puériculture, consultants en lactation, psychologues, assistantes sociales (établissement de santé ou de collectivités locales...) et techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF).

Le rôle des associations d'usagers en lien avec les réseaux locaux de santé en périnatalité doit également être valorisé (soutien à l'allaitement et à la parentalité, écoute en cas de difficultés, services d'aide à domicile, etc).

L'hospitalisation à domicile (HAD) ne doit pas être envisagée pour assurer le suivi *post-partum* d'une mère et de son nouveau-né ne présentant pas de pathologies (cf. population à bas risque définie précédemment).

3.2. Continuité et coordination des soins

► Le professionnel « référent de maternité »

Il est à identifier au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice...) afin 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. Ses coordonnées doivent être inscrites sur la feuille de liaison maternité/ville (cf. annexe 2).

► Le professionnel « référent du suivi »

Intervenant principal après la sortie de maternité, il est choisi par la femme et/ou le couple, et peut être une sage-femme libérale ou une sage-femme d'un centre de protection maternelle et infantile (PMI), ou un médecin (généraliste ou spécialiste).

Ce référent est responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile. Il coordonne les différents professionnels impliqués.

Il est en charge du repérage des situations à risque et de l'orientation de la femme vers d'autres professionnels en cas de complications. Il conseille également la femme et le couple sur la planification des soins futurs (sur le premier mois) pour la mère et l'enfant.

Il est recommandé d'inciter les parents à choisir dès la période anténatale ce professionnel référent du suivi dans le cadre de l'organisation du parcours de soins (sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue-obstétricien) ; un premier contact peut être établi avant la naissance. Sa désignation devrait permettre d'optimiser la prise en charge des mères et enfants en *post-partum*.

Pour une meilleure continuité de la prise en charge, le professionnel de santé ayant suivi la femme en anténatal est à privilégier systématiquement.

Le nom et les coordonnées du professionnel référent du suivi choisi doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme, sur le formulaire d'éligibilité des mères et des nouveau-nés et sur la fiche de liaison (cf. annexes 1 et 2).

► Les réseaux

Le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux en périnatalité existants est à privilégier car les avantages sont multiples, notamment en termes d'organisation de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés : une bonne coordination des services hospitaliers avec ceux de ville est en effet indispensable à une bonne continuité des soins et au bon fonctionnement d'un programme de suivi des femmes à la sortie de la maternité.

Les réseaux de santé en périnatalité sont les plus à même de connaître les spécificités de leur territoire et leur communauté (professionnels et structures de soins vers lesquels peuvent être orientés les femmes et/ou les nouveau-nés).

Le travail en réseau permet également de développer des liens de confiance entre les différents intervenants (hospitaliers ou de ville) : il permet aussi d'assurer une cohérence du discours et des pratiques, et facilite les réorientations pour avis médical le cas échéant.

► Outils

Afin d'améliorer le parcours de soins des femmes après la sortie de la maternité, outre le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) lorsqu'il est disponible, plusieurs outils devraient également 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) facilitant la circulation de l'information entre les deux parties : remise en plusieurs exemplaires 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 à transmettre au référent du suivi et autres acteurs (sage-femme, médecin traitant, pédiatre). 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) permettant le retour d'informations vers l'établissement (même en l'absence de complications survenues en postnatal) 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.

► 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, cela d'autant plus que l'on se situe dans un contexte de bas risque.

3.3. Cahier des charges et organisation du suivi pour la mère et pour l'enfant

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

3.3.1 Cahier des charges pour la mère et l'enfant

► Sortie après une durée de séjour standard en maternité

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 ou 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.

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.

3.3.2 Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie

Le nouveau-né bénéficie de 2 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 de maternité en cas de durée de séjour standard, voire 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 du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.

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 postnatal, de préférence par un pédiatre⁷**, ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 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 postnatal**, 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 clinique 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/min au repos) ;
- la bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parents-enfant.

L'annexe 5 schématise le parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie, en cas de sortie après une durée de séjour standard en maternité ou après une sortie précoce.

⁷ 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 ».

Annexe 1. 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 à la maternité et le deuxième concerne les sorties précoces.

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

Étiquette
patiente

Durée de séjour standard
(72-96 h post voie basse ; 96-120 h post césarienne)

Étiquette
nouveau-né

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 du suivi postnatal choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (**dans les 48 heures après la sortie voire dans la semaine**) : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

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'addiction 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, 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 2 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 bactériologiques récupérés et négatifs	
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité	
9	Suivi <i>post-partum</i> 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)		

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

Étiquette
patiente

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)*

Étiquette
nouveau-né

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 (**impérativement dans les 24 heures**): ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Signature du professionnel de la maternité :

Page 1/2

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'addiction 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 2 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 <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie	
Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

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

ANTECEDENTS
Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE
 Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :
 Pathologie fœtale (préciser) :

ACCOUCHEMENT
le : / / à : h Terme :

Voie basse spontanée Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :

Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie autre

Points à surveiller :

- Déchirure simple / compliquée Episiotomie
- Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication
- Evolution des fils résorbables Fils / agrafes à retirer à
- Hématome Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres (préciser) :

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____ »

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : M F
Poids de naissance : Poids le plus bas : date :....

Jumeaux, prénom de J2 : M F
Poids de naissance : Poids le plus bas : date :....

Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson

Guthrie : fait à faire (joindre buvard avec n°acct + enveloppe)

Dépistage de la surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

- Alimentation Ictère Infection
- Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à

Accompagnement(s) proposé(s) :

- Sage-femme libérale Médecin généraliste
- Puéricultrice (PMI) Pédiatre
- TISF Soutien à l'allaitement (préciser) :
- Psychologue Autre (préciser) :

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

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

Entourage familial et social : oui non

Intervention d'un TISF : oui non

Evolution psychologique (baby-blues, relations mère-enfant,...) :

.....

.....

Difficultés particulières :

.....

.....

RELAIS

	Mère	Nouveau-né
Noms et fonctions des professionnels		
Motifs		
Dates des prochains RDV		

Date : / /

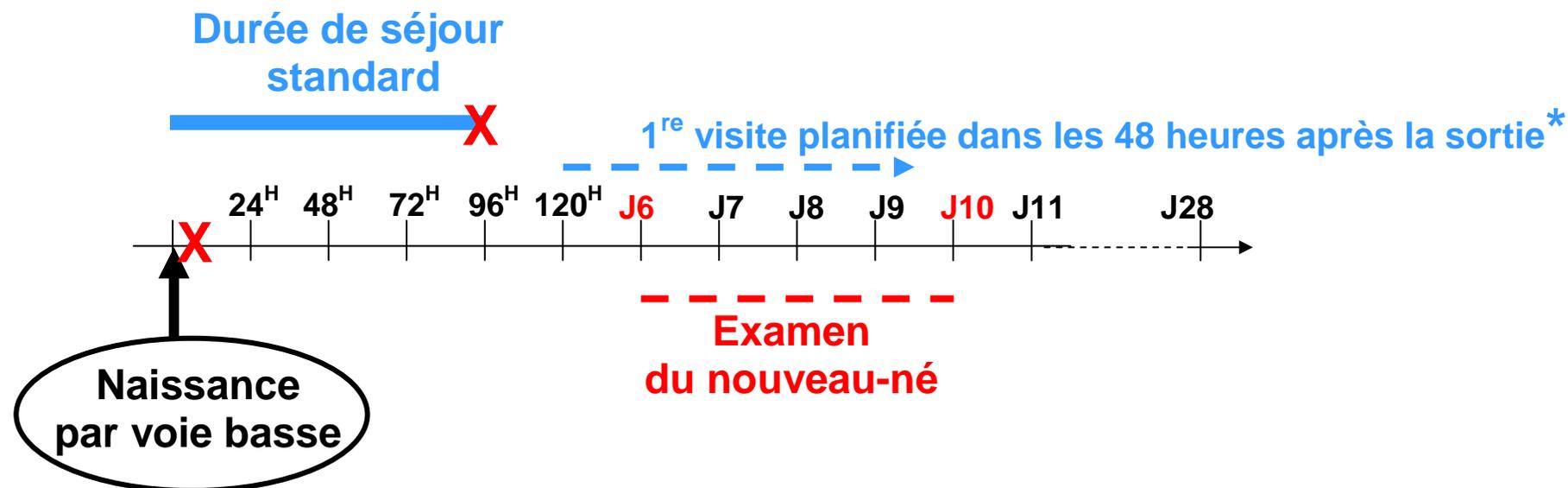
Signature du professionnel de santé ayant accompagné le retour à la maison:

« Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____ »

Annexe 4. a. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour standard

La 2^e visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la durée de séjour maximale est de 120 heures.



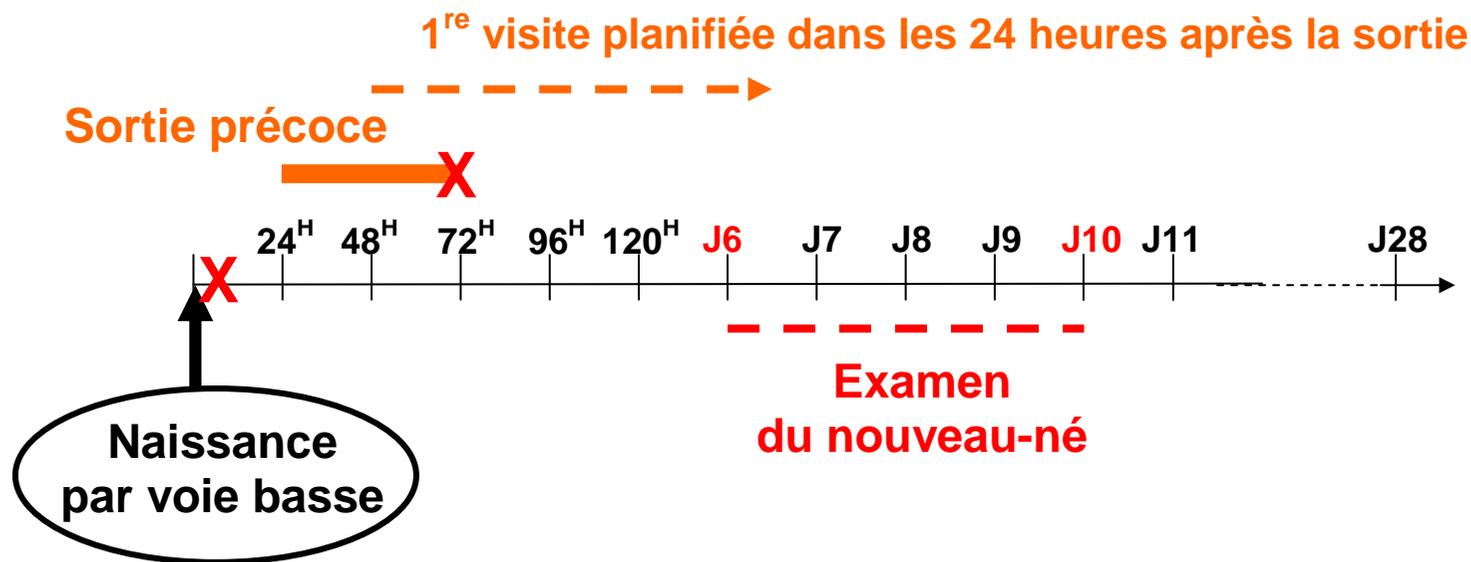
X : Examens pédiatriques réalisés en maternité (dans les 2 heures suivant la naissance, puis avant la sortie mais impérativement après 48 heures de vie)

***** : voire dans la semaine

Annexe 4. b. Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures en cas de naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures en cas de césarienne)

La 2^e visite est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour la 3^e visite qui est recommandée, voire pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la sortie précoce a lieu au cours des 96 premières heures.



X : Examens pédiatriques réalisés en maternité
(dans les 2 heures suivant la naissance, puis le jour de la sortie)

Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à 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 hématologie 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) *
- 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) *
- Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) *
- Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)
- UNAF*
- Fédération française de psychiatrie (FFP) *
- 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-Marie Curat, sage-femme, 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 Béatrice 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, représentante 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
M. Édouard François, 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, Etrechy
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
Dr Catherine Isserlis, pédopsychiatre, Le Chesnay
Dr Pascale Le Pors-Lemoine, gynécologue-obstétricien, Saint-Malo
Pr Bruno Leheup, pédiatre généticien, Vandœuvre
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
Dr 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
Dr 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	Sortie 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 <i>post-partum</i> 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 2 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, Le Kremlin-Bicêtre ; Dr Chritine Boissinot, pédiatre, Paris Mme Karine Petitprez, Mme Célia Pessel et Mme Anne-Line Couillerot, chefs 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)