



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

« Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation)

Mai 2012

**Document soumis à la délibération de la Commission
des Recommandations de Bonne Pratique et de la Commission Evaluation
Economique et Santé Publique de la HAS**

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture
orthographique et typographique

Karine PETITPREZ

Chef de projet

Service des bonnes pratiques professionnelles

Anne-Isabelle Poullié

Chef de projet

Service Evaluation Economique et Santé Publique

L'équipe

Ce document a été réalisé par Mme Karine Petitprez, chef de projet au Service des Bonnes Pratiques professionnelles et complété par Mme Anne-Isabelle Poullié, économiste, chef de projet au Service évaluation économique et santé publique.

La recherche documentaire a été effectuée par M. Aurélien Dancoisne, documentaliste, avec l'aide de Mme Laurence Frigère.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Laetitia Gourbail.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 64

Fax : 01 55 93 74 37

Courriel : srp@has-sante.fr

Sommaire

1	Présentation du thème.....	4
1.1	Saisine	4
1.2	Définition de la sortie « précoce » des maternités	4
1.3	Contexte	4
1.4	Enjeux	9
2	Cadrage du thème de travail et des questions à traiter.....	10
2.1	Etat des lieux documentaire sur les sorties précoces	10
▶	Recommandations étrangères	10
▶	Littérature clinique identifiée	11
▶	Littérature économique identifiée	11
2.2	Etat des lieux documentaire sur la prise en charge des hyperbilirubinémies	12
▶	Recommandations étrangères sur la prise en charge des hyperbilirubinémies	12
▶	Littérature identifiée	12
2.3	Synthèse de l'avis des professionnels et représentants des patients et usagers	13
2.4	Délimitation du thème	14
▶	Objectifs des recommandations	14
▶	Questions retenues / champ de l'évaluation	14
2.5	Professionnels de santé concernés par le thème	15
3	Modalités de réalisation.....	15
3.1	Modalités de mise en œuvre	15
3.2	Méthode de travail envisagée	15
3.3	Composition qualitative et quantitative des groupes	15
▶	Groupe de travail	15
▶	Groupe de lecture	16
3.4	Productions prévues et outils d'implémentation	16
3.5	Communication et diffusion	16
3.6	Calendrier prévisionnel	16
3.7	Passage aux Instances	16

1 Présentation du thème

1.1 Saisine

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, et elle a été étendue à la sortie de maternité sur décision de la Commission de Recommandations de Bonne Pratique (cf. § 3.7). Elle porte d'une part **sur les modalités de prise en charge existantes** :

- 1) Les récentes recommandations publiées par la HAS (juin 2011) sur « *les situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile en ante et post partum pathologique* » n'ont pas abordé le champ du post partum physiologique : la place de l'HAD reste donc à définir, au regard des autres modalités possibles, en prenant en compte les différents aspects médicaux, organisationnels et d'efficience.
- 2) L'extention du programme PRADO (cf. ci-après) mis en place par l'Assurance maladie.

et d'autre part **sur la surveillance médicale à mettre en place** :

- 3) Une résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine a été signalée par un communiqué de l'Académie de Médecine en novembre 2010.
- 4) Le dépistage néonatal réalisé au 3^e jour de vie : depuis juillet 2011, la HAS recommande d'étendre le dépistage néonatal à une maladie métabolique supplémentaire, le déficit en MCAD (*medium chain acyl -CoA dehydrogenase*)¹.

1.2 Définition de la sortie « précoce » des maternités

En 2004, l'ANAES définissait la sortie précoce des maternités après accouchement par **une sortie entre J0 (jour de l'accouchement) et J2 inclus en cas d'accouchement par voie basse, et entre J0 et J4 en cas de césarienne**.

1.3 Contexte

► **Données épidémiologiques sur les sorties de maternité et les sorties précoces**

La France compte environ 800 000 naissances par an (INSEE Vie publique, 2007).

L'enquête nationale périnatale 2010 a concerné tous les établissements d'accouchement en France (exceptés ceux de la Martinique) soit 543 questionnaires « établissements » exploités dont 526 pour la Métropole. Elle a porté au total sur 14 681 femmes et sur 14 903 naissances. Cette enquête montre que le mouvement de restructuration et de concentration s'est poursuivi depuis 2003 (date de la précédente enquête nationale). Ce sont les plus petites structures, pratiquant moins de 1000 accouchements qui ont vu leur part baisser le plus fortement au profit des grandes maternités : un quart des maternités réalisent plus de 2000 accouchements par an en 2010. La moitié des maternités (49%) sont de niveau I², 39%

¹ Recommandations de santé publique sur « *l'évaluation de l'extension du dépistage néonatal à une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par spectrométrie de masse en tandem. 1er volet: déficit en MCAD* ».

² L'offre de soins existant actuellement en France réunit 3 types d'organisation, qui correspondent respectivement à un « niveau » de maternités. L'article R6123-39 du Code de Santé publique stipule que « les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site : soit une unité d'obstétrique définie dans

de niveau II et 12% sont de niveau III. Si l'on s'intéresse à la date de sortie habituelle en cas d'accouchement par voie basse sans complication, la sortie précoce (avant J2 inclus dans ce cas) ne concerne que 2 % des femmes indépendamment de la taille des maternités, et elle peut concerner jusqu'à 4 % des femmes dans les établissements pratiquant plus de 1999 accouchements par an. **En cas d'accouchement par voie basse sans complication, les femmes quittent en général la maternité au 3^e et 4^e jour d'hospitalisation dans 91 % des établissements.** Comparativement à 2003, ces résultats indiquent une tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour, ce qui est cohérent avec les données du PMSI. L'accompagnement des femmes et des nouveau-nés à la sortie de la maternité est alors d'autant plus important. Lorsqu'il est organisé, cet accompagnement est essentiellement assuré par une sage-femme libérale, une sage-femme de la PMI ou une puéricultrice de la PMI. D'après les établissements, cette prise en charge concerne un petit nombre de femmes, sans qu'on puisse savoir si elle est effective (prise de rendez-vous) ou théorique (proposition d'une liste de contacts). Soixante-quatre pour cent des établissements prévoient les visites de sages-femmes libérales pour un petit nombre de femmes et 8 % les destinent à toutes les femmes systématiquement. L'hospitalisation à domicile (HAD), en fonction de l'état de santé de la mère (si indication relevant d'un post partum pathologique), peut être organisée en post-partum par le quart des établissements (en forte progression depuis 2003, elle est davantage possible pour les maternités de niveau III).

Presque toutes les maternités (98 %) appartiennent à un réseau de santé périnatal, mais 62% organisent le suivi prénatal, de façon autonome (alors que c'est à cette période que devrait se préparer une éventuelle sortie précoce en lien avec les ressources locales / le réseau périnatal). Il en est de même pour la prise en charge à la sortie de la maternité : 45% des établissements l'organisent de façon autonome versus 32% dans le cadre d'un réseau (essentiellement par la visite à domicile de professionnels du réseau). Un répertoire des professionnels du réseau de santé périnatal existe dans deux maternités concernées sur trois.

Une enquête menée par la DREES en 2008 sur les usagères des maternités a conduit à interroger 2 656 femmes à la fin de l'année 2006. Elle a permis de décrire les différentes étapes des parcours de grossesse (notamment suites de couches et suivi post-natal en général) au regard de l'offre locale et en mettant en évidence les éléments déterminant les choix et la satisfaction perçue. Une femme sur cinq émet 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 sont 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. **Ces défaillances dans la préparation à la sortie de maternité ne sont pas directement imputées à la durée de leur hospitalisation** puisque les trois quarts des femmes jugent la durée de séjour à la maternité adéquate, et même 21% trop longue contre seulement 7% qui estiment leur sortie prématurée.

Dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, une enquête a été réalisée par l'Union nationale des associations familiales (UNAF, 2010) auprès de femmes ayant accouché durant la période 2004-2009, afin de recueillir leur avis sur les conditions de leur accouchement et de leur prise en charge (952 témoignages recueillis dans 77 départements, dont 57% de femmes primipares). La perception des femmes sur leur durée de séjour en maternité est très variée : des mères pensent que leur séjour a été trop long (17%), d'autres trop courts (7%). Cette appréciation dépend notamment des conditions de séjour et des

l'article R6123-43 du Code de la Santé Publique (maternité de niveau I), soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie (maternité de niveau II), soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale (maternité de niveau III)

possibilités d'aides lors du retour à domicile. Certaines mères ont eu l'impression qu'on les faisait sortir pour libérer la place et non parce ce qu'elles étaient prêtes à partir. Le soutien des femmes qui allaitent est également évoqué comme un élément à améliorer notamment lors du retour à domicile. Il semble qu'il y ait parfois **une mauvaise ou insuffisante information des femmes quant à l'aide qu'elles peuvent trouver auprès des professionnels ou structures**, avec un sentiment d'isolement fort lorsqu'il y a une défaillance de cet accompagnement. Vingt-sept pour cent des femmes précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues.

Selon une étude rétrospective évaluant l'HAD de Gérardmer dédiée à l'accompagnement des sorties précoces (Laurent-chevalier, 2005) et une autre étude française réalisée à Nancy (Straczek et al, 2008), la proportion des mères intéressées par une sortie précoce de maternité ne serait que de 20 à 45%.

A partir d'un échantillon d'accouchements (survenus dans 201 maternités de France de 1994 à 2002 constitué à partir de la base de données AUDIPOG, les facteurs associés à la sortie précoce de maternité ont été recherchés et un profil de couples mère-enfant bénéficiant en 2004 (Rapport de l'ANAES, 2004) d'une sortie précoce a été défini. Il a été permis d'en déduire une estimation de la proportion de femmes susceptibles d'en bénéficier à l'avenir, soit 11% des femmes accouchant par voie basse et 9,4% de celles accouchant par césarienne.

► **Données épidémiologiques sur les hyperbilirubinémies et les complications pour l'enfant**

L'ictère néonatal touche jusqu'à 60 % des nouveau-nés à terme. L'évolution est simple dans la grande majorité des cas, mais il existe un risque de complications et de séquelles graves en cas d'hyperbilirubinémie intense du fait de la neuro-toxicité de la bilirubine libre. Ces séquelles peuvent aller d'un déficit auditif à une encéphalopathie grave en cas d'ictère nucléaire. Il est donc essentiel de dépister précocement l'ictère et le risque de survenue d'une hyperbilirubinémie décalée en cas de sortie précoce.

Sur l'année 2010, le Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP) rapporte une recrudescence d'ictère sévère chez les nouveau-nés en Ile-de-France :

- 8 hyperbilirubinémies sévères survenues avant 72h et pendant le séjour en maternité (5 enfants/8),
- 9 indications d'exsanguino-transfusion ont été posées dont 7 réalisées,
- 5 nouveau-nés ont présenté des signes d'encéphalopathie hyperbilirubinémique aiguë.

Tous ces cas auraient pu être évités en appliquant les recommandations consensuelles internationales (cf. § 2.2).

L'adaptation métabolique néonatale de la bilirubine n'est pas toujours terminée à 72h.

Dans 60 à 80% des cas, l'évolution n'excédera pas 15 jours et le taux de bilirubine ne dépassera pas 300 $\mu\text{moles/l}^3$. Néanmoins, les ictères sévères et l'ictère nucléaire n'ont pas disparu à ce jour :

- 1/1 000 nouveau-né présente une bilirubinémie supérieure à 430 $\mu\text{moles/l}$ (dont 1/17 a un risque d'ictère nucléaire),
- 1/10 000 nouveau-né présente une bilirubinémie supérieure à 500 $\mu\text{moles/l}$ (dont 1/7 a un risque d'ictère nucléaire).

³ le seuil toxique est fixé à 340 $\mu\text{moles/l}$ (20 mg/dl) mais les données de la littérature ne permettent pas actuellement de conclure avec certitude de l'innocuité ou de la nocivité de l'exposition à des concentration entre 428 et 513 $\mu\text{moles/l}$ (soit 25 à 30 mg/dl).

Bien que la circulaire ministérielle fondatrice du CNRHP (circulaire DHOS/SDO/DGS n°2004-156 du 29 mars 2004) lui ait confié une mission d'épidémiologie d'envergure nationale, il est important de souligner qu'il n'existe pas de registre national des ictères sévères.

Un registre canadien (Sgro et al, 2006) a permis de répertorier de 2002 à 2004 les cas de nouveau-nés présentant une hyperbilirubinémie (définie par un taux de bilirubine supérieur à 425 µmoles/l, en excluant les enfants de moins de 36 semaines de gestation et ceux présentant une iso-immunisation rhésus) : l'incidence estimée est de 1/2 480 naissances vivantes. Dans 71% des cas il y a eu réadmission de l'enfant à l'hôpital.

► **Etat des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge**

Le rapport de l'ANAES (2004) présentait un état des lieux de la pratique de la sortie précoce de maternité en France. A défaut d'être exhaustive, cette présentation portait sur la synthèse des expériences françaises publiées et l'analyse de la base de données AUDIPOG. Globalement, la sortie précoce de maternité s'adressait alors à 7% des femmes après l'accouchement, avec des extrêmes allant de 0% à 65%. Les maternités ayant le plus recours à la sortie précoce étaient les maternités de CHG, notamment celles qui étaient associées à un service de réanimation néonatale (niveau III) et se situaient préférentiellement en Ile-de-France.

Une étude prospective réalisée dans l'unité mère-enfant de la maternité régionale de Nancy du 6 janvier au 6 mai 2005 a inclus 903 nouveau-nés (Straczek et al, 2008). En suivant les critères proposés dans les recommandations de l'ANAES en 2004, 33 des 42 enfants (79%) ayant présenté une complication diagnostiquée entre la 48^e heure de vie et la sortie de maternité auraient été exclus d'un programme de sortie précoce. Les auteurs concluent que ces critères sont satisfaisants bien que les recommandations soient jugées trop générales pour guider l'application pratique d'un programme de sortie précoce.

Il est important de souligner que le plan périnatalité 2005-2007 a identifié comme mesure prioritaire **la mise en place d'un entretien prénatal précoce personnalisé (dit du 4^e mois)**. Cet entretien doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes/couples dès le début de la grossesse. Il peut être réalisé tout au long de la grossesse (dans l'idéal au cours du 1^{er} trimestre). Cet entretien est un temps d'échange entre la femme enceinte/couple et le professionnel au cours duquel s'ébauche le projet de naissance et où la possibilité d'une sortie précoce peut être abordée. Dans l'enquête de l'UNAF, cet entretien individuel n'avait pas été proposé pour 63% des femmes ayant accouché entre 2007 et 2009. Dans l'enquête nationale périnatale 2010, seulement 21% des femmes déclarent avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce.

Enfin, concernant le choix du type de prise en charge à la sortie de maternité, le rapport de l'IGAS sur l'HAD publié en novembre 2010 souligne que « *la périnatalité correspond à près d'un quart des séjours, dont une part importante de prises en charge obstétricales qui ne nécessitent pas toujours une HAD (retours précoces à domicile)* ».

► **Le programme d'accompagnement du retour à domicile, dit « PRADO »**

En 2008, la CPAM du Var a mis en place une action globale et spécifique à l'attention des futures mères. Cette offre de services s'appuie sur le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte avec, notamment, la mise en place d'ateliers de rencontres et d'échanges autour de la grossesse, des démarches administratives et médicales à accomplir (caisses d'Allocations Familiales, services de Protection Maternelle et Infantile).

Le programme PRADO a étendu cette action depuis à 11 autres caisses. Cette offre d'accompagnement du retour à domicile des patientes hospitalisées et de leur enfant consiste en une rencontre à la maternité, de la mère et d'une Conseillère de l'Assurance Maladie, afin de lui proposer la visite d'une sage-femme libérale dès son retour à domicile (2 visites à domicile sont prévues entre J0 et J7). L'objectif de ce programme est d'améliorer le taux de satisfaction des femmes et d'éviter l'HAD pour les grossesses qui ne le nécessitent pas. La phase d'expérimentation de ce programme a montré que 6 femmes sur 10 éligibles ont accepté de participer au programme, en montrant un taux de satisfaction élevé, cependant un certain nombre de difficultés ont été mises en évidence telles que le manque de continuité dans la prise en charge (la sage-femme désignée est la plus proche du domicile de la mère et donc pas toujours celle choisie par la femme au cours de son suivi prénatal, non transmission du dossier médical) ou l'absence de concertation avec les réseaux de santé périnatal.

Le champ d'intervention de ce dispositif, dont la généralisation est prévue courant 2012, concerne les sorties de maternité en post-partum physiologique (parturientes de plus de 18 ans, sans comorbidité, ni complication ; accouchement réalisé par voie basse ; naissance d'un enfant unique ; nouveau-né à terme dont le poids est en rapport avec l'âge gestationnel et ne nécessitant pas un maintien en milieu hospitalier, ni un régime alimentaire particulier), dont éventuellement les femmes souhaitant une sortie précoce. L'actualisation de ces recommandations mentionnera donc ce nouveau dispositif de suivi et d'accompagnement des femmes. Les enjeux économiques de la mise en œuvre de ce dispositif pour l'assurance maladie seront également abordés.

► **Aspects économiques**

Dans de nombreux pays, la réduction de la durée de séjour en maternité est liée à la volonté de limiter les dépenses de santé. Mais les contraintes sont différentes selon les pays. En France, la sortie précoce de maternité peut présenter certains intérêts pour les services d'obstétrique :

- favoriser la rotation des lits en maternité en augmentant sa capacité et sa rentabilité par l'influence de la tarification à l'activité (T2A) ;
- prendre en charge le nombre croissant de naissances à moyens constants ;
- transférer le coût de la prise en charge extra-hospitalière sur le système de santé.

La Cour des Comptes, dans son rapport de 2011⁴, précisait qu'en 2009, en France, la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement par voie basse s'élevait à 4,5 jours, soit quasiment deux fois moins qu'au début des années 70, mais nettement plus que la moyenne des pays de l'OCDE en 2007 (3,2 jours). La durée de séjour constitue donc une source importante de variation de coûts et la dépense associée aux séjours obstétricaux est élevée en France (2,9 Md€ en 2010) : l'enjeu de la diminution de la durée de séjour est donc centrale.

Dans le rapport de l'ANAES (2004), l'analyse critique de la littérature économique menée avait permis de mettre en évidence plusieurs résultats :

- en France, les patientes sorties précocement de maternité n'avaient pas eu plus recours aux consultations que celles sorties traditionnellement : les dépenses étaient inférieures comparativement à une hospitalisation traditionnelle ;

⁴ Cour des Comptes, La Sécurité Sociale, Chapitre VI – Le rôle des sages femmes dans le système de soins, septembre 2011.

- dans les études étrangères, la mise en place de programmes de soins à domicile représentait une stratégie de suivi du *post-partum* moins coûteuse que l'absence de tout accompagnement organisé. Les coûts directs hospitaliers liés à un retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) étaient inférieurs aux coûts directs hospitaliers d'un séjour traditionnel. Les femmes, mieux éduquées aux signes et symptômes des problèmes de santé les concernant ou concernant leur bébé dans le cadre de ces programmes, étaient moins susceptibles de consulter pour des soucis mineurs.

Dans ce même rapport de 2004, le RPDA avait fait l'objet de questions sur la sécurité et le ratio coût/avantage d'un séjour en maternité plus court. L'effet délétère et potentiellement iatrogène d'un séjour prolongé en établissement de santé avait également été discuté : d'après les études analysées, les facteurs de risque d'infections nosocomiales en obstétrique étaient la rupture précoce et prolongée de membranes, la durée du travail, la césarienne en urgence et les gestes invasifs pendant le travail et l'accouchement. La diminution de la durée de séjour influencerait donc peu le taux d'infections nosocomiales pour la mère. La revue de la littérature menée dans ce rapport n'a pas permis d'identifier d'études évaluant spécifiquement l'impact du RPDA sur les infections nosocomiales.

Les avis divergent cependant quant aux coûts de la sortie précoce de maternité : la réduction des coûts hospitaliers devrait être mise en balance avec les coûts additionnels des différents modes de prise en charge en aval de la sortie de maternité et les coûts indirects potentiellement induits (arrêts de travail d'un membre de la famille pour le soutien maternel, congé de paternité et morbidité à long terme).

Selon les données de l'ATIH⁵, 10 364 patientes ont bénéficié en 2010 d'une prise en charge en HAD pour retour précoce à domicile après accouchement (mode de prise en charge principal ou associé), soit 41 375 journées de HAD. Selon le rapport de l'IGAS sur l'HAD publié en novembre 2010, « *la périnatalité correspond à près d'un quart des séjours, dont une part importante de prises en charge obstétricales qui ne nécessiteraient pas toujours une HAD (retours précoces à domicile)* ».

La prise en charge après sortie précoce de maternité par les sages femmes a également fait l'objet d'une réflexion de la Cour des Comptes⁶. Le suivi post-natal pour surveillance à domicile en cas de sortie précoce ne représentait en 2011 que 3% des actes pratiqués. Ce rapport met en évidence le fait que, « *dans le contexte d'une diminution des durées de séjour, un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est crucial. Or, l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante, notamment en raison du manque d'articulation entre les différentes modalités de prise en charge du post-partum* ». La coordination des interventions des différents acteurs au niveau local paraît donc essentielle.

1.4 Enjeux

Le paysage obstétrical français s'est profondément modifié : fermeture des petites maternités et 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 (de l'ordre de 4 à 5 jours après un accouchement normal, avec une forte disparité selon les régions et les villes). L'analyse des données PMSI montre que la durée moyenne de séjour pour accouchement

⁵ Activité HAD 2009 et 2010 pour la prise en charge du retour précoce à domicile après accouchement, ATIH, 2011

⁶ Cour des Comptes, La Sécurité Sociale, Chapitre VI – Le rôle des sages femmes dans le système de soins, septembre 2011.

par voie basse sans complication significative (GHM 14Z02A) est passée de 4,65 jours en 2004 à 4,25 jours en 2010. 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. Une sortie précoce de maternité avant le 3^e jour de vie doit tenir compte de ce problème afin de ne pas altérer les résultats des dépistages néonataux (risque accru de faux négatifs si réalisés trop tôt), qui dans leur organisation actuelle ont fait la preuve de leur efficacité.

Enfin, les suites de couches et les premiers jours de vie assurent la construction du lien mère-enfant, période charnière tant sur le plan médical que psychologique, éducatif et social.

Une sortie précoce de maternité après accouchement correspond à une demande des femmes et doit être préparée en amont.

L'élaboration d'un programme de sortie précoce implique d'établir :

- un réseau de surveillance adapté, pluriprofessionnel faisant intervenir l'ensemble des acteurs de soins impliqués dans la période péri-/néonatale et ceux qui vont assurer l'accompagnement à domicile,
- une grille de critères permettant de sélectionner les nouveau-nés à « bas risque ».

2 Cadrage du thème de travail et des questions à traiter

2.1 Etat des lieux documentaire sur les sorties précoces

► Recommandations étrangères

- **Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement (Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada - SOGC, 2007).**

Dans cette déclaration de principe⁷, la SOGC émet les 3 recommandations générales suivantes (recherche documentaire de janvier 1995 à décembre 2004 ; validation par le Comité de pratique clinique-obstétrique et par le Comité exécutif de SOGC) :

- le renvoi précoce à domicile à la suite de l'accouchement entraîne une hausse du risque de mortalité et de morbidité néonatales. Les programmes de suivi devraient tenir compte de cette situation (II-2B) ;
- le bien-être physique, psychologique et social de la mère et du nouveau-né doit être évalué au moment de la planification du renvoi à domicile. Les jeunes femmes primipares et monoparentales sont celles qui sont le plus susceptibles de retourner en salle d'urgence en compagnie de leur nouveau-né (II-2B) ;
- les programmes de soins post-partum existant au sein de la communauté sont bien utilisés et appréciés. L'ajout de programmes communautaires pourrait entraîner une baisse de la mortalité, de la morbidité et des réhospitalisations néonatales (II-2).

⁷ Etat des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication pouvant faire l'objet de modifications

► Littérature clinique identifiée

Une recherche bibliographique préliminaire a été limitée aux publications en langue anglaise et française parues de janvier 2004 à juillet 2011. Elle a été principalement réalisée sur la base de données Medline avec les mots clés suivants :

Patient Discharge[mesh] OR Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient discharge[tiab] OR early discharge[tiab] OR hospital discharge[tiab]

AND

Postnatal Care[Mesh] OR Postpartum Period[Mesh] OR postnatal[ti] OR postpartum[ti]

En complément, une recherche bibliographique a été réalisée sur la base de données de la Banque de Données en Santé Publique avec les mots clés suivants :

Sortie précoce OU retour précoce

Les sources suivantes ont également été interrogées :

- la Cochrane Library ;
- les sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;

Cette recherche documentaire préalable a notamment permis d'identifier le nombre de références suivant :

- Revue systématique Cochrane : *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Brown, 2008)*. Cette revue de la littérature, inchangée depuis celle publiée en 2004, comprend 10 études incluant 4 489 femmes. Elle souligne une variabilité de la définition et des modalités de la sortie précoce de maternité. La puissance des effectifs est insuffisante pour détecter une augmentation des réadmissions ou de la mortalité infantile et maternelle. La sortie précoce n'aurait pas d'effets sur l'allaitement ou la dépression maternelle.

- Meta-analyses : 2

- Revues de littérature : 9

- Essais contrôlés: 43

- Etudes de cohorte : 50

- Autres types d'études : 90

► Littérature économique identifiée

La recherche systématique sur Medline a permis d'identifier 18 articles économiques.

Cette recherche a été réalisée sur la période janvier 2004 à octobre 2011 et portait sur les mots clés suivants :

Patient Discharge[mesh] OR Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient discharge[tiab] OR early discharge[tiab] OR hospital discharge[tiab]

AND

"Postnatal Care"[Mesh] OR "Postpartum Period"[Mesh] OR postnatal [ti] OR postpartum[ti]

AND

"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]

Sept articles ont retenu notre attention en raison des problématiques économiques abordées :

- impact économique de la sortie précoce de maternité accompagnée d'un suivi à domicile ;
- impact économique de la prise en compte des préférences des patients en termes de prise en charge post-natale ;
- comparaison des coûts incrémentaux associés à l'aide à la lactation à domicile ou en maternité.

Aucune étude française ne figure parmi ces 7 articles identifiés.

La base bibliographique BDSP a également été interrogée et a permis d'identifier 10 articles en rapport avec le sujet. Certaines de ces références mettent en lumière des expériences françaises de sortie précoce de maternité, décrivent des projets régionaux, des partenariats initiés entre des établissements de santé et les éventuels enjeux économiques soulevés par ce mode de sortie de maternité. A la lecture des résumés des études, aucune d'entre elles ne met en comparaison les coûts des différents modes de prise en charge des femmes et de leur bébé en aval de la sortie de la maternité.

2.2 Etat des lieux documentaire sur la prise en charge des hyperbilirubinémies

► Recommandations étrangères sur la prise en charge des hyperbilirubinémies

- **American Academy of Pediatrics, Subcommittee on hyperbilirubinemia, 2004** : Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation.
- **Canadian Paediatric Society, 2007** : Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestation).
- **European society for pediatric research and American academy of pediatrics (Bhutani et al, 2008)** : Management of jaundice and prevention of severe neonatal hyperbilirubinemia in infants >35 weeks gestation.
- **Kaplan et al, 2008** : Israel guidelines for the management of neonatal hyperbilirubinemia and prevention of kernicterus.
- **NICE guidance, 2010** : Neonatal jaundice.

► Littérature identifiée

Une recherche bibliographique préliminaire a été limitée aux publications en langue anglaise et française parues de janvier 2004 à juillet 2011. Elle a été principalement réalisée sur la base de données Medline avec les mots clés suivants :

Patient Discharge[mesh] OR Length of Stay[mesh] OR Patient Readmission[mesh] OR patient discharge[tiab] OR early discharge[tiab] OR hospital discharge[tiab]
AND
"Kernicterus"[Mesh] OR "Hyperbilirubinemia"[Mesh] OR Hyperbilirubinemia[tiab] OR "Jaundice, Neonatal"[MeSH Terms] OR Kernicterus[tiab] OR Bilirubinemia[tiab] OR (Bilirubin* Encephalopath*[tiab])

AND

Infant, Low Birth Weight[mesh] OR Infant, Newborn[mesh] OR infant[ti] OR newborn[ti] OR neonatal[tiab] OR perinatal[tiab] OR neonates[tiab]

Cette recherche documentaire préalable a notamment permis d'identifier le nombre de références suivant :

- Revue de la littérature : 15
- Essais contrôlés et contrôlés randomisés : 13
- Etudes de cohorte : 22
- Autres types d'études : 29

2.3 Synthèse de l'avis des professionnels et représentants des patients et usagers

Il n'y a pas eu de réunion de cadrage organisée, mais les différents professionnels concernés suivants ont été interrogés sur la pertinence d'actualiser les recommandations sur « la sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour précoce à domicile » :

- *Dr M Naiditch (ex-président des RBP de l'ANAES en 2004)*
- *Pr B Maria, gynécologue obstétricien à Villeneuve St Georges*
- *Pr JM Hascoët, pédiatre à Nancy*
- *Dr Branger, gynécologue obstétricien, réseau Pays de Loire*
- *Dr R Shojai, gynécologue obstétricien à Marseille*
- *Dr A Cortey, centre national de référence en hématologie périnatale*
- *Pr Puech, président du Collège National des gynécologues-obstétriciens de France et de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant*

Les professionnels de santé interrogés estiment que l'actualisation des recommandations relève plus d'un problème organisationnel à résoudre que de bonnes pratiques cliniques à mettre en œuvre. La sortie précoce suppose une transition ville/hôpital à préparer en période prénatale, préférentiellement au sein de réseaux. Certains soulignent des problèmes de financement des sage-femmes libérales notamment (pas de remboursement de leur déplacement, le forfait accouchement étant déjà alloué) et de permanence des soins. Ils soulignent qu'il serait souhaitable de parler en « heure de vie » plutôt qu'en jour pour qualifier la sortie précoce. La sortie idéale, en termes de santé pour l'enfant (surveillance de la bilirubinémie et réalisation des dépistages néonataux notamment) et d'équilibre budgétaire des hôpitaux, se situerait à 72h. L'information des femmes sur cette possibilité est encore insuffisante, il faudrait faire ressortir cette demande dès l'entretien prénatal.

La résurgence des ictères (problématique essentiellement chiffrée sur l'Ile-de-France) a mis en évidence 2 problèmes : un défaut de dépistage (facteurs de risque mal pris en compte) et un défaut de suivi de ces enfants. Les recommandations de l'ANAES auraient du être plus précises sur le risque d'ictère. Il faudrait évaluer une grille d'évaluation pour cibler les enfants « à risque ». Le rôle des réseaux est essentiel dans le dépistage et la surveillance de ces enfants « à risque », il serait nécessaire de le préciser. Enfin, le CNRHP rapporte que plusieurs HAD et PMI d'Ile-de-France demandent à ce que les ictères soient mentionnés dans les carnets de santé avec des précisions quant aux traitements appliqués, aux taux de bilirubine et mesure de « flash » (la mention de l'ictère, que ce soit lors du premier examen de santé de l'enfant ou dans les caractéristiques de l'enfant à la sortie, est très exceptionnellement remplie).

Mme Evrart et Serry pour les représentants des patientes et usagers

Elles considèrent que les recommandations de 2004 étaient bien faites mais difficiles à mettre en œuvre sur le terrain. Elles insistent sur le fait qu'une sortie précoce de maternité doit être un choix de la mère, préparé en amont dès l'entretien prénatal avec identification des ressources, mais ce choix doit être révocable après l'accouchement, le cas échéant. La sortie précoce ne doit pas être le reflet d'une gestion du temps de séjour hospitalier. Elles estiment que l'attachement mère/enfant est trop souvent mal évalué par les professionnels de santé, voire négligé alors qu'il est essentiel au bon déroulement d'une sortie précoce. Elles soulignent que le recours à la PMI est un conseil insuffisant, surtout chez les femmes précaires dont le parcours de soins est souvent fragmenté. Elles demandent également à ce que les dépistages néonataux soient mieux détaillés (ils l'étaient insuffisamment dans les recommandations de 2004) et soulignent que le circuit de ceux-ci n'est pas toujours bien organisé en ville et que les maternités s'en déchargent une fois l'enfant sorti.

2.4 Délimitation du thème

► Objectifs des recommandations

- Redéfinir l'âge de sortie recommandé (différent de celui dit de la "sortie précoce") ;
- Proposer les modalités de prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés permettant une sortie de maternité après accouchement dans des conditions optimales, notamment en cas de sortie précoce (avant la sortie au moyen d'indicateurs standardisés, avant la naissance par le biais de l'entretien prénatal individuel personnalisé du 4ème mois) ;
- Diminuer le risque de résurgence de situations évitables comme la survenue de l'ictère nucléaire en actualisant les critères d'éligibilité (élaboration d'une grille d'évaluation avant la sortie de la mère et de son enfant) ;

► Questions retenues / champ de l'évaluation

- Quel est l'âge recommandé de sortie des nouveau-nés (moment de la sortie considéré comme idéal notamment en termes de surveillance de la bilirubinémie et de réalisation des dépistages néonataux) ?
- Quelle est l'organisation des soins primaires dans ce domaine à l'étranger ?
- Quel est l'état des lieux descriptif de la sortie de maternité en France en 2012 (mise en perspective par région / département des durées moyennes de séjour en maternité et des effectifs de professionnels libéraux, des dispositifs d'accompagnement à domicile, des réseaux de périnatalité existant, etc.) ?

Pour une sortie de maternité dans des conditions optimales et dans le cas particulier d'une sortie précoce :

- Quels sont les critères d'éligibilité pour la mère et pour son enfant ?
- Quelle surveillance médicale des mères et de leurs nouveau-nés mettre en place ?
- Quel dispositif d'accompagnement à domicile mettre en œuvre ? à l'aide de quels outils ?
- Existe-t-il des freins / leviers organisationnels potentiels à la sortie précoce de maternité en France ? Lesquels ?

L'actualisation de l'analyse de la base de données AUDIPOG serait à envisager dans le cadre de ce rapport afin d'apprécier l'évolution de la sortie précoce de maternité depuis 2004 (selon qu'il s'agit d'un accouchement par voie basse ou d'une césarienne), de décrire la fréquence de la sortie précoce selon le type d'établissement, le niveau de soins de la

maternité, sa taille (nombre de naissances/an) et le caractère urbain/rural de l'établissement en 2000-2001, et enfin de décrire les caractéristiques des femmes bénéficiant de cette sortie précoce afin d'estimer les proportions d'accouchées pouvant en bénéficier dans le futur.

2.5 Professionnels de santé concernés par le thème

Pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, gynécologues médicaux, psychiatres, psychologues, pédopsychiatres, infirmières, assistantes sociales.

3 Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

- Promoteur (HAS)
- Service des Recommandations de Bonnes Pratiques

3.2 Méthode de travail envisagée

La méthode de "Recommandations pour la pratique clinique" telle que définie dans le document HAS de décembre 2010 semble la plus adaptée pour élaborer ces recommandations.

Cette méthode consiste à faire rédiger des recommandations par un groupe de travail au terme d'une analyse critique et d'une synthèse de la littérature disponible. Les recommandations sont finalisées après soumission à un groupe de lecture et prise en compte des cotations reçues.

3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes

► Groupe de travail

Président : Pr JM Hascoët, service de néonatalogie, Nancy

Chargés de projet : à définir

Chef de projet HAS : Mme Karine Petitprez

Composition qualitative du groupe de travail :

- 3 gynécologues-obstétriciens (1 hospitalier, 1 libéral et 1 gynécologue médical)
- 3 sage-femmes (1 hospitalière, 1 libérale et 1 de PMI)
- 2 pédiatres (1 libéral, 1 hospitalier/ néonatalogiste)
- 2 médecins généralistes
- 1 médecin de PMI
- 1 membre du centre national de référence en hémobiologie périnatale
- 1 infirmière puéricultrice de PMI
- 1 pédopsychiatre

- 1 représentant d'usagers
- 1 médecin coordonnateur d'HAD obstétrical
- 1 médecin DIM

► Groupe de lecture

La composition qualitative du groupe de lecture reprendra celle du groupe de travail et des spécialités consultées (exerçant à l'hôpital, en libéral, voire en PMI), incrémentée d'un psychiatre, d'une assistante sociale, d'un représentant d'une Association spécifique à l'allaitement, d'un médecin Conseil et /ou un médecin du travail, d'un médecin DIM.

3.4 Productions prévues et outils d'implémentation

- Un argumentaire scientifique
- Un texte court reprenant les recommandations
- Une fiche de synthèse reprenant les points clé des recommandations
- Une grille d'indicateurs de sortie / facteurs de risques (comprenant éventuellement une valeur de bilirubine transcutanée prise au "Flash")

3.5 Communication et diffusion

- Publication des recommandations dans des revues généralistes et spécialisées, nationales et internationales.
- Mise en ligne des recommandations sur le site de l'HAS et sur les sites des sociétés savantes participantes.
- Communications et posters lors de congrès.

3.6 Calendrier prévisionnel

Février / Mai 2012	<ul style="list-style-type: none">- Soumissions de la note de cadrage à la CRBP et à la CEESP de la HAS- Constitution du groupe de travail et du groupe de lecture
Juin - Décembre 2012	<ul style="list-style-type: none">- 3 réunions du groupe de travail- Analyse de la littérature scientifique- Rédaction d'un document intermédiaire- Proposition de recommandations
Décembre - Janvier 2013	Remise du texte provisoire des recommandations au groupe de lecture
Février 2013	Rédaction du texte final des recommandations après étude des commentaires des membres du groupe de lecture
Mars 2013	Soumission des recommandations à la CRBP de la HAS

3.7 Passage aux Instances

Avis rendu par la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP) du 14 février 2012 :

La note de cadrage des recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « la sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile » a fait l'objet d'un examen par la CEESP le 14 février 2012, pour le volet économique, avant sa présentation en CRBP le 13 mars 2012.

Des remarques ou demandes de précisions ont été formulées sur le document présenté :

- Il paraît important de définir précisément le terme « d'âge de sortie recommandé » afin de comprendre les enjeux comparativement à l'âge de sortie des nouveaux nés ;
- La composition du groupe de travail pourrait être revue : ajout d'un représentant d'utilisateurs (afin que deux au moins puissent interagir sur ce sujet), ajout d'un représentant d'ARS (surmortalité infantile dans certaines régions françaises) ;
- Il n'apparaît pas clairement comment sera menée l'étude de coûts des différents modes de prise en charge pour une sortie précoce, du coût hospitalier, des externalisations des soins : des précisions sont souhaitées sur ce point.

Sur le plan économique, l'un des objectifs des recommandations envisagées prévoyait la comparaison des différents modes de prise en charge possibles après la sortie précoce de maternité en terme de coûts (place critiquable de l'HAD obstétricale pour les sorties précoces à domicile).

Les questions suivantes avaient été identifiées dans la note de cadrage :

- Quel est le coût des différents modes de prise en charge existants pour une sortie précoce de maternité ?
- La diminution du coût direct hospitalier est-elle supérieure au coût d'une prise en charge extra-hospitalière quel que soit le mode organisationnel rencontré (HAD, réseau périnatal, sages-femmes détachées de la maternité, sages-femmes libérales, services de soins infirmiers à domicile, PMI, etc.) ?
- Quels sont les coûts d'externalisation des soins (coûts de coordination, notamment) ?
- Les coûts évités par la sortie précoce de maternité sont-ils supérieurs aux coûts des réadmissions, des complications potentielles ou des effets délétères notamment dus à une hospitalisation prolongée ?

Les membres de la Commission se sont interrogés d'une part sur la place de la démarche économique dans les recommandations de bonne pratique envisagées, et d'autre part sur la manière de la réaliser.

Malgré l'existence d'enjeux économiques réels, l'évaluation économique envisagée sur ce sujet est apparue difficile à mener en raison du peu d'informations disponibles à ce jour sur les modalités de prise en charge après une sortie précoce de maternité et leur valorisation (le programme PRADO, mis en œuvre par l'assurance maladie pourrait permettre de fournir des données sur la prise en charge par les sages-femmes libérales dans quelques mois). Le moment n'apparaît donc pas opportun pour la réalisation d'une telle évaluation économique.

Au regard des éléments présentés dans la note de cadrage, la Commission considère comme non opportune la mise en œuvre d'une évaluation économique en l'absence de données actuellement disponibles permettant de valoriser les différents modes de prise en charge après une sortie précoce de maternité. Cette évaluation économique n'aurait dès lors qu'une faible valeur ajoutée dans le cadre de l'actualisation des recommandations de bonne pratique envisagée. La Commission propose donc que ce dossier ne fasse pas l'objet d'une évaluation économique.

- Avis rendu par la Commission de recommandation de bonne pratique (CRBP) du 13 mars 2012 : la CRBP a donné un « avis réservé » au cadrage de cette RBP (1^{er} passage)

L'ensemble de la Commission a jugé cette actualisation pertinente. L'extension du thème à la définition de la sortie « optimale » de maternité (à afficher dès le titre et pas seulement en tant

qu'un des objectifs de ces recommandations), a conduit la CRBP à voter un avis réservé avec demande d'un second examen.

Les demandes suivantes ont été formulées :

- mieux distinguer les critères de jugement qu'ils soient cliniques ou touchant à la satisfaction des femmes/des pères et à la santé de l'enfant ;
- décrire dans l'argumentaire, l'organisation des soins primaires dans ce domaine à l'étranger ;
- préciser dans les recommandations quand délivrer l'information sur la possibilité d'une sortie précoce ;
- donner des informations sur l'allaitement dans la brochure prévue à destination des patientes.

Quant à la composition des groupes :

- préciser le statut (libéral /hospitalier) des membres des groupes ;
- inclure au GT: une sage-femme et une puéricultrice de PMI, un médecin coordonnateur d'HAD ;
- inclure au GL : un psychiatre, une assistante sociale, un représentant d'une association spécifique à l'allaitement, un médecin Conseil et/ou un médecin du travail.

La Commission d'évaluation économique et de santé publique a décidé de ne pas réaliser d'évaluation médico-économique sur ce thème en raison de l'absence de données médico-économiques actuellement disponibles (cf. PV de la réunion du 14 février 2012). Il sera fait appel à cette décision afin de réaliser une valorisation *a minima* des différents modes de prise en charge après une sortie de maternité voire une mesure de l'impact budgétaire.

- Avis rendu par la Commission de recommandation de bonne pratique (CRBP) du 24 avril 2012 : la CRBP a donné un « **avis favorable** » au cadrage de cette RBP (2nd passage).

La CRBP souligne que les demandes de modification ont été prises en compte, et, après discussion sur le titre de la RBP décide de maintenir celui proposé dans la note de cadrage.

3.8 Travaux DGS/DGOS sur les sorties de maternité

A la demande de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), un groupe de travail dédié aux « sorties de maternité » a été constitué et se réunit depuis juillet 2011 (dernière réunion prévue le 18 juin 2012). L'objectif de ce groupe de travail est d'élaborer, à partir de l'audition de professionnels de santé et organismes concernés :

- un document de synthèse à destination des établissements de santé et professionnels de santé, pour aider à l'organisation de la sortie de maternité et à l'accompagnement des mères,
- une brochure d'information sur la sortie de maternité à destination des femmes.

Par conséquent, en accord avec le président de la CNNSE (présidée par le Pr Puech), la DGS (Mme Nicole Matet) et la DGOS (Mme Julie Barois), il a été convenu que la HAS n'élaborerait pas de brochure d'information à destination des femmes dans le cadre de ces recommandations (questions initialement prévues « Quelles informations donner aux futures mères ? Quand les donner ? ») et qu'il faudra veiller à une mise en cohérence des documents produits, éventuellement par l'inclusion dans le groupe de travail HAS d'un membre du groupe de travail DGS/DGOS.

Bibliographie

Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
Ref ID: 278

Circulaire DHOS/SDO/DGS n°2004-156 du 29 mars 2004 relative au centre national de référence en hématologie périnatale. Bulletin Officiel 2012;n° 2004-18.
Ref ID : 276

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

Ref ID: 275

American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004;114(1):297-316.

Ref ID : 282

Bhutani VK, Maisels MJ, Stark AR, Buonocore G, Expert Committee for Severe Neonatal Hyperbilirubinemia, European Society for Pediatric Research, et al. Management of jaundice and prevention of severe neonatal hyperbilirubinemia in infants \geq 35 weeks gestation. Neonatology 2008;94(1):63-7.

Ref ID : 1722

Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3):CD002958.

Ref ID : 274

Canadian Paediatric Society. Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestation). Paediatr Child Health 2007;12(5):401-7.

Ref ID : 283

Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, Vilain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et Résultats 2011;(776).

Ref ID : 1718

Inspection générale des affaires sociales. Hospitalisation à domicile (HAD). Tome 1 Rapport définitif. Paris: IGAS; 2010.

Ref ID: 279

Institut national de la statistique et des études économiques. Population : forte natalité en 2007 2008. <<http://www.vie-publique.fr>> [consulté en 01/2012].

Ref ID: 285

Kaplan M, Merlob P, Regev R. Israel guidelines for the management of neonatal hyperbilirubinemia and prevention of kernicterus. J Perinatol 2008;28(6):389-97.

Ref ID : 1721

Laurent-Chevalier S. Sorties précoces de maternité. Versant pédiatrique. Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à Gérardmer en partenariat avec la maternité de Remiremont [Thèse]. Nancy: Université Henri Poincaré; 2005.

http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2005_LAUREN_T_CHEVALLIER_STEPHANIE.pdf

Ref ID: 286

Ministère de la santé et des sports, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques, Vilain,A. Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2011.

Ref ID: 1719

National Institute for Health and Clinical Excellence. Neonatal jaundice. London: RCOG; 2010.

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12986/48678/48678.pdf>

Ref ID: 284

Sgro M, Campbell D, Shah V. Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. CMAJ 2006;175(6):587-90.
Ref ID : 269

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Cargill Y, Martel MJ, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau né à la suite de l'accouchement. J Obstet Gynaecol Can 2007;29(4):360-3.
Ref ID : 280

Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet JM. Sorties precoces de maternite : quels problemes anticiper ? Arch Pediatr 2008;15(6):1076-82.
Ref ID : 230

Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité "Regards de femmes sur leur maternité". Paris: UNAF; 2010.
http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
Ref ID: 281