



**Recommandations pour la pratique clinique**

**SORTIE PRÉCOCE APRÈS ACCOUCHEMENT**  
-  
**CONDITIONS POUR PROPOSER UN RETOUR  
PRÉCOCE À DOMICILE**

**Mai 2004**

**Service des recommandations professionnelles  
Service évaluation économique**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en mai 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

**Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)** - Service des relations institutionnelles et communication

- 2, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

---

## AVANT-PROPOS

---

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles.

Les recommandations professionnelles sont définies comme «*des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données*». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé. Elles sont élaborées selon un abord pluridisciplinaire de professionnels de santé, et en respectant une méthodologie explicite détaillée dans le document.

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'Anaes souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Alain COULOMB  
Directeur général

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) à la demande de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.

La méthode de travail a été celle décrite dans le guide des « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France » publié par l'Anaes en 1999.

Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- la Société française de gynécologie ;
- la Société française de médecine périnatale ;
- le Regroupement national des sages-femmes occupant un poste d'encadrement ;
- l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes ;
- le Collège national des gynécologues et obstétriciens français ;
- Santé Service ;
- le Collège national des généralistes enseignants.

L'ensemble du travail a été coordonné par le D<sup>r</sup> Philippe BLANCHARD, chef de projet, sous la direction du D<sup>r</sup> Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles, et par M<sup>lle</sup> Anne-Isabelle POULLIÉ, chef de projet, sous la direction de M<sup>me</sup> Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du service évaluation économique.

La recherche documentaire a été effectuée par M<sup>me</sup> Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M<sup>me</sup> Rabia BAZI, responsable du service documentation. L'assistante documentaliste était M<sup>me</sup> Laurence FRIGÈRE.

Le secrétariat a été assuré par M<sup>me</sup> Catherine SOLOMON ALEXANDER.

L'Anaes tient à remercier les membres du comité d'organisation, du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail.

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

D<sup>r</sup> Joëlle BELAISCH-ALLART, gynécologue-obstétricien, SÈVRES

M<sup>me</sup> Catherine BERTEVAS, sage-femme, BREST

P<sup>r</sup> Michel COLLET, gynécologue-obstétricien, BREST

M<sup>me</sup> Elizabeth LECHEVALLIER, sage-femme, CAEN

M. Benoît LE GOËDEC, sage-femme, PARIS

D<sup>r</sup> Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, PARIS

D<sup>r</sup> Murielle MONS, médecin coordonnateur, PUTEAUX

D<sup>r</sup> Michel NAIDITCH, médecin de santé publique, PARIS

D<sup>r</sup> François PARÉ, médecin généraliste, CHÂTEAU-DU-LOIR

P<sup>r</sup> Jean-Christophe ROZÉ, pédiatre, NANTES

---

## GROUPE DE TRAVAIL

---

D<sup>r</sup> Michel NAIDITCH, médecin de santé publique, PARIS - président du groupe de travail

M<sup>me</sup> Catherine BERTEVAS, sage-femme, BREST - chargée de projet

D<sup>r</sup> Philippe BLANCHARD, chef de projet, Anaes, SAINT-DENIS LA PLAINE

M<sup>lle</sup> Anne-Isabelle POULLIÉ, chef de projet, Anaes, SAINT-DENIS LA PLAINE

D<sup>r</sup> Céline BARON, médecin généraliste, ANGERS

D<sup>r</sup> Jean-Philippe BAULT, gynécologue-obstétricien, LES MUREAUX

D<sup>r</sup> Christine BOISSINOT, pédiatre, PARIS

M<sup>me</sup> Edith BRUNET, sage-femme, GRENOBLE

D<sup>r</sup> Marianne BUHLER, gynécologue, PARIS

M<sup>me</sup> Danielle CAPGRAS-BABERON, sage-femme, NEVERS

D<sup>r</sup> Jean-Marie CAZAURAN, pédiatre, PÉRIGUEUX

M<sup>me</sup> Martine CHOUTEAU, infirmière puéricultrice, CHATOU

D<sup>r</sup> Anne-Marie DANDRES, médecin PMI, GENNEVILLIERS

M<sup>me</sup> Anne DUSART, Collectif interassociatif autour de la naissance, PAGNY-LA-VILLE

D<sup>r</sup> Joël GARCIA, pédiatre, SAINT-NAZAIRE

D<sup>r</sup> Françoise GONNAUD, pédopsychiatre, LYON

P<sup>r</sup> Claude LEJEUNE, néonatalogiste, COLOMBES

D<sup>r</sup> Michel LE POOLE, médecin généraliste, FONTENAY-LE-FLEURY

D<sup>r</sup> Olivier LOUIS, gynécologue-obstétricien, LIBOURNE

M<sup>me</sup> Françoise PEREZ, sage-femme, BÉZIERS

P<sup>r</sup> Christian QUEREUX, gynécologue-obstétricien, REIMS

M<sup>me</sup> Muriel TERRIERES, sage-femme, MONTMORENCY

---

## GROUPE DE LECTURE

---

D<sup>r</sup> Gérard ANDREOTTI, médecin généraliste, LA CRAU

M<sup>lle</sup> Sylvaine AUBIN, sage-femme, CAEN

D<sup>r</sup> Dominique AUSSEL, gynécologue-obstétricien, RENNES

M<sup>me</sup> Isabelle BAR, sage-femme, CHATEAUBOURG

D<sup>r</sup> Joëlle BELAISCH-ALLART, gynécologue-obstétricien, SÈVRES  
M<sup>me</sup> Elizabeth BLANCHARD, sage-femme, BOBIGNY  
D<sup>r</sup> Yvon BOUCHEZ, gynécologue-obstétricien, RENNES  
M<sup>me</sup> Claire BOUET, sage-femme, CAEN  
P<sup>r</sup> Gérard BREART, épidémiologiste, PARIS  
M<sup>me</sup> Francine CAUMEL-DAUPHIN, sage-femme, ANTONY  
P<sup>r</sup> Jean-Yves CHAMBONET, médecin généraliste, NANTES  
D<sup>r</sup> Patrick CHEVALLIER, médecin généraliste, MAULE  
D<sup>r</sup> Evelyne COMBIER, médecin de santé publique, LE KREMLIN-BICÊTRE  
M<sup>me</sup> Josette DELEMARRE, infirmière, ARGENTEUIL  
D<sup>r</sup> Catherine DORMARD, médecin généraliste, SACLAY  
D<sup>r</sup> Alain DREVAL, gynécologue, STRASBOURG  
M<sup>me</sup> Michèle DUGRAIS, sage-femme, MONTFERMEIL  
D<sup>r</sup> Philippe ELDELMAN, gynécologue, PARIS  
M<sup>me</sup> Marie-Laure FLEURY, puéricultrice, BOUAYE  
D<sup>r</sup> Alicia FRAMARIN, conseillère scientifique, MONTRÉAL  
P<sup>r</sup> Jean-Robert GIRAUD, gynécologue-obstétricien, ANGERS

D<sup>r</sup> Dominique GIRODET, pédiatre, MONTMORENCY  
M<sup>me</sup> Rolande GRENTE, sage-femme, CAEN  
M<sup>me</sup> Isabelle HEUDES-GUILLON, sage-femme, ARGENTEUIL  
D<sup>r</sup> Françoise LEBRUN, pédiatre, PARIS  
M<sup>me</sup> Elizabeth LECHEVALLIER, sage-femme, CAEN  
P<sup>r</sup> Pierre LEQUIEN, pédiatre, LILLE  
M<sup>me</sup> Ghislaine LHEZ-HAMIEAU, sage-femme, SAINT-LEU-LA-FORÊT  
D<sup>r</sup> Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, VILLENEUVE-SAINT-GEORGES  
D<sup>r</sup> Muriel MONS, médecin coordonnateur, PUTEAUX  
D<sup>r</sup> François PARÉ, médecin généraliste, CHÂTEAU-DU-LOIR  
D<sup>r</sup> Régis PATTE, médecin coordonnateur, PARIS  
D<sup>r</sup> Nathalie PELLETIER-FLEURY, chercheur, LE KREMLIN-BICÊTRE  
P<sup>r</sup> Franck PEROTTIN, gynécologue-obstétricien, TOURS  
M<sup>me</sup> Laurence PLATEL, sage-femme, SAINT-SÉBASTIEN-SUR-LOIRE  
P<sup>r</sup> Jean-Christophe ROZÉ, pédiatre, NANTES  
D<sup>r</sup> Jacques SCHIRRER, pédiatre, BESANÇON  
P<sup>r</sup> Olivier SIBONY, gynécologue-obstétricien, PARIS  
D<sup>r</sup> Thierry SIX, gynécologue-obstétricien, CAEN  
D<sup>r</sup> Michèle VIAL, pédiatre, CLAMART

---

## SOMMAIRE

---

<b>ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....</b>	<b>14</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>15</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>I.1. Origine de la demande .....</b>	<b>15</b>
<b>I.2. Cibles des recommandations .....</b>	<b>15</b>
<b>I.3. Contexte des recommandations .....</b>	<b>15</b>
<b>I.4. Objectifs des recommandations.....</b>	<b>15</b>
<b>I.5. Gradation des recommandations .....</b>	<b>16</b>
<b>II. CADRE GÉNÉRAL DU RETOUR PRÉCOCE AU DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>16</b>
<b>II.1. Définition du retour précoce au domicile après accouchement .....</b>	<b>17</b>
<b>II.2. Principes généraux guidant l'organisation du retour précoce au domicile après accouchement .....</b>	<b>18</b>
II.2.1. Libre choix respecté des parents .....	18
II.2.2. Prise en compte de la durée du séjour en maternité.....	18
II.2.3. Intégration du RPDA au projet de naissance.....	19
<b>III. ÉLÉMENTS POUR DÉCIDER UNE SORTIE PRÉCOCE DE LA MATERNITÉ.....</b>	<b>19</b>
<b>III.1. Concernant la mère.....</b>	<b>20</b>
III.1.1. Absence de signes d'infection.....	20
III.1.2. Contrôle du risque hémorragique .....	20
III.1.3. Contrôle de la douleur .....	20
III.1.4. Instauration du lien mère-enfant .....	20
III.1.5. Prise en compte de l'état psychique.....	21
III.1.6. Précarité.....	21
III.1.7. Risque d'échec de l'allaitement maternel.....	21
<b>III.2. Concernant l'enfant .....</b>	<b>22</b>
III.2.1. Prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie .....	22
III.2.2. Prise en compte du risque infectieux néonatal.....	22
III.2.3. Dépistage des cardiopathies.....	23
III.2.4. Prise en compte du risque de déshydratation.....	23
III.2.5. Réalisation des tests de dépistage.....	23
<b>III.3. Apprentissage et information de la mère (et de l'entourage).....</b>	<b>23</b>
<b>III.4. Conditions d'ordre organisationnel .....</b>	<b>24</b>
<b>III.5. Processus final de décision .....</b>	<b>24</b>
III.5.1. Décision finale .....	24
III.5.2. Circonstances justifiant de différer ou contre-indiquer un RPDA .....	24

<b>IV. SUIVI MÉDICAL À DOMICILE .....</b>	<b>25</b>
<b>IV.1. Éléments du suivi de la mère.....</b>	<b>25</b>
IV.1.1. Prise en compte du risque infectieux.....	26
IV.1.2. Prise en compte du risque hémorragique.....	26
IV.1.3. Prise en compte de la douleur.....	26
IV.1.4. Prise en compte de l'état psychique.....	26
IV.1.5. Lien mère-enfant.....	27
IV.1.6. Précarité.....	27
IV.1.7. Accompagnement de l'allaitement maternel.....	27
IV.1.8. Soutien aux soins à l'enfant.....	27
<b>IV.2. Éléments du suivi de l'enfant .....</b>	<b>27</b>
IV.2.1. Ictère .....	27
IV.2.2. Infections néonatales.....	27
IV.2.3. Cardiopathies.....	28
IV.2.4. Réalisation des tests de dépistage.....	28
IV.2.5. Oubli de l'administration de vitamine K.....	28
<b>V. ORGANISER LE SUIVI À DOMICILE .....</b>	<b>28</b>
<b>V.1. Cahier des charges pour le suivi de la mère et de l'enfant.....</b>	<b>28</b>
V.1.1. Visites à domicile .....	28
V.1.2. Assistance.....	29
V.1.3. Examen en fin de première semaine de vie .....	29
V.1.4. Aide domestique.....	29
V.1.5. Accompagnement social.....	29
<b>V.2. Acteurs et structures.....</b>	<b>30</b>
<b>V.3. Étapes pour construire un projet de RPDA.....</b>	<b>30</b>
V.3.1. Recenser les ressources .....	30
V.3.2. Établir le cadre de travail et le rôle de chaque intervenant.....	30
V.3.3. Formation des personnels participants (hospitaliers et libéraux) .....	30
V.3.4. Dossier de liaison .....	31
<b>V.4. Évaluation.....</b>	<b>31</b>
V.4.1. Au plan local .....	31
V.4.2. Au plan national.....	31
<b>VI. ÉVOLUTIONS À PRÉVOIR .....</b>	<b>32</b>
<b>VI.1. Information.....</b>	<b>32</b>
<b>VI.2. Suivi du projet de naissance .....</b>	<b>32</b>
<b>VI.3. Suivi médical et épidémiologique .....</b>	<b>32</b>
<b>VI.4. Soutien à domicile.....</b>	<b>33</b>

<b>FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>34</b>
<b>MÉTHODE DE TRAVAIL.....</b>	<b>35</b>
<b>I. MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE.....</b>	<b>35</b>
<b>II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....</b>	<b>36</b>
II.1. Sources d'informations .....	36
II.2. Stratégie de recherche .....	37
<b>CONTEXTE GÉNÉRAL ET ÉTAT DES LIEUX .....</b>	<b>39</b>
<b>I. CONTEXTE GÉNÉRAL.....</b>	<b>39</b>
I.1. Contexte du projet de recommandations.....	39
I.2. Objectifs des recommandations.....	39
<b>II. ÉTAT DES LIEUX À L'ÉTRANGER .....</b>	<b>39</b>
II.1. États-Unis .....	40
II.2. Canada.....	41
II.3. Hollande .....	42
II.4. Suisse.....	43
II.5. Angleterre.....	43
II.6. Pays nordiques .....	44
II.7. Autres pays.....	45
<b>III. MAISONS POSTNATALES .....</b>	<b>45</b>
<b>IV. ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE.....</b>	<b>46</b>
IV.1. Définition de la sortie précoce de maternité .....	46
IV.2. Analyse de la base de données AUDIPOG.....	46
IV.3. Premières expériences de sortie précoce de maternité .....	47
IV.4. Les raisons de la mise en place de sorties précoces de maternité .....	47
IV.5. Les critères retenus, pour la mère et pour le nouveau-né .....	48
IV.6. Les différents types de structures mises en place .....	48
IV.6.1. HAD.....	48
IV.6.2. Sages-femmes détachées de la maternité .....	49
IV.6.3. Sages-femmes libérales .....	49
IV.6.4. Services de soins infirmiers à domicile .....	50
IV.6.5. PMI .....	50
IV.6.6. Réseau périnatal.....	51
IV.7. Les professionnels impliqués .....	52
IV.7.1. Les sages -femmes.....	52
IV.7.2. Les médecins.....	52

IV.7.3. Autres professionnels .....	52
IV.7.4. Les associations d'aide aux mères .....	52
<b>IV.8. La surveillance et les modalités du suivi .....</b>	<b>52</b>
<b>IV.9. La couverture sociale.....</b>	<b>52</b>
<b>IV.10. Charte, règlement intérieur.....</b>	<b>53</b>
<b>IV.11. Les responsables du suivi à domicile.....</b>	<b>53</b>
<b>IV.12. La zone d'intervention.....</b>	<b>53</b>
<b>IV.13. Les évaluations .....</b>	<b>53</b>
IV.13.1. Le rapport d'activité .....	53
IV.13.2. Le taux de femmes bénéficiant de la sortie précoce .....	54
IV.13.3. La satisfaction des patientes.....	54
IV.13.4. Les taux de morbidité maternelle et/ou néonatale.....	54
IV.13.5. L'évaluation des réseaux périnataux .....	54
<b>IV.14. Les difficultés.....</b>	<b>54</b>
<b>ARGUMENTAIRE.....</b>	<b>55</b>
<b>I. DÉFINITION.....</b>	<b>55</b>
<b>I.1. Les motifs initiaux.....</b>	<b>55</b>
I.1.1. Pallier la « saturation » des maternités .....	55
I.1.2. Pouvoir répondre aux demandes exprimées par les mères et les couples.....	55
I.1.3. Maîtrise des coûts .....	56
<b>I.2. Les enjeux actuels et à venir.....</b>	<b>56</b>
<b>II. QUELS SONT LES BÉNÉFICES À ATTENDRE DU RPDA ? .....</b>	<b>57</b>
<b>II.1. Pour la mère et la famille .....</b>	<b>57</b>
II.1.1. Rapprochement familial .....	57
II.1.2. Satisfaction des mères et des couples.....	57
II.1.3. Diminution du risque d'infections nosocomiales.....	57
II.1.4. Encouragement à l'autonomie de la mère .....	58
<b>II.2. Pour l'enfant .....</b>	<b>58</b>
II.2.1. Lien mère-enfant renforcé.....	58
II.2.2. Diminution du risque d'infections nosocomiales.....	58
<b>II.3. Pour le père et la famille.....</b>	<b>59</b>
II.3.1. Meilleure implication, renforcement de la paternité .....	59
II.3.2. Pour la fratrie .....	59
<b>III. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS DU RPDA ? .....</b>	<b>59</b>
<b>III.1. Pour la mère.....</b>	<b>59</b>
III.1.1. Infections.....	60
III.1.2. Césariennes.....	60

III.1.3. Hémorragies .....	62
III.1.4. Prise en compte de la gestion de la douleur plus aléatoire .....	62
III.1.5. Fatigue .....	62
III.1.6. Charge familiale .....	63
III.1.7. Psychologique.....	64
III.1.8. Risque d'échec de l'allaitement maternel.....	65
III.1.9. Temps d'apprentissage et d'éducation réduit .....	65
<b>III.2. Pour l'enfant .....</b>	<b>66</b>
III.2.1. Fréquence des réhospitalisations.....	66
III.2.2. Ictère .....	69
III.2.3. Conduite de l'allaitement maternel inadaptée.....	71
III.2.4. Risque de retard à la prise en charge de pathologies .....	72
III.2.5. Oublis de test de dépistage.....	73
III.2.6. Oublis de l'administration de vitamine K .....	74
<b>IV. CONDITIONS REQUISES POUR UN RPDA .....</b>	<b>75</b>
<b>IV.1. Avant la naissance .....</b>	<b>75</b>
IV.1.1. L'information .....	75
IV.1.2. L'accord de la patiente et de sa famille .....	76
IV.1.3. La sélection.....	76
IV.1.4. Une vigilance particulière doit être accordée à ces mères issues de milieu précaire .....	76
<b>IV.2. Après la naissance .....</b>	<b>77</b>
IV.2.1. Pour la mère : conditions requises .....	77
IV.2.2. Pour le nouveau-né : conditions requises.....	79
IV.2.3. Au moment de la sortie de la maternité .....	81
<b>V. QUEL EST LE CAHIER DES CHARGES POUR LE SUIVI DE LA MÈRE ET DEL'ENFANT ?.....</b>	<b>81</b>
<b>V.1. Quels critères surveiller ?.....</b>	<b>81</b>
V.1.1. La mère .....	82
V.1.2. L'enfant.....	83
<b>V.2. Quelles modalités de suivi après RPDA ? .....</b>	<b>84</b>
<b>VI. QUELS PROFESSIONNELS ?.....</b>	<b>86</b>
VI.1. Les médecins .....	86
VI.2. La sage-femme .....	87
VI.3. La puéricultrice.....	87
VI.4. L'assistante sociale.....	87
VI.5. Les aides à domicile .....	88
<b>VII. QUELS TYPES D'ORGANISATION ? .....</b>	<b>88</b>
<b>VII.1. Les structures de suivi possibles.....</b>	<b>88</b>

VII.1.1.	Hospitalisation à domicile (HAD) .....	88
VII.1.2.	Sages-femmes détachées d'un centre hospitalier .....	89
VII.1.3.	PMI.....	89
VII.1.4.	Réseaux.....	89
<b>VII.2.</b>	<b>Mise en place d'un dispositif de suivi .....</b>	<b>90</b>
<b>VII.3.</b>	<b>Conditions de réussite .....</b>	<b>91</b>
<b>VII.4.</b>	<b>Types de financement.....</b>	<b>91</b>
VII.4.1.	Type de financement de l'HAD .....	91
VII.4.2.	Type de financement des réseaux.....	91
<b>VII.5.</b>	<b>Évaluation des programmes de suivi .....</b>	<b>92</b>
<b>ASPECTS ÉCONOMIQUES .....</b>		<b>94</b>
<b>I.</b>	<b>SÉLECTION DES ARTICLES ÉCONOMIQUES .....</b>	<b>94</b>
I.1.	Données françaises.....	95
I.2.	Données internationales.....	95
<b>II.</b>	<b>RÉSULTATS : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE FRANÇAISE.....</b>	<b>97</b>
II.1.	Aspects économiques du retour précoce après accouchement.....	97
II.2.	Études comparatives entre sorties précoces et sorties traditionnelles .....	97
<b>III.</b>	<b>RÉSULTATS : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE ÉTRANGÈRE.....</b>	<b>101</b>
<b>III.1.</b>	<b>Retour précoce à domicile <i>versus</i> durée de séjour hospitalier classique .....</b>	<b>101</b>
III.1.1.	Méthodologie des études .....	101
III.1.2.	Résultats des études analysées .....	103
<b>III.2.</b>	<b>Mise en place de structures spécifiques pour la prise en charge du <i>post-partum</i> après sortie précoce.....</b>	<b>105</b>
III.2.1.	Méthodologie des études .....	105
III.2.2.	Résultats des études analysées .....	105
<b>III.3.</b>	<b>Évaluation de types de suivi différents après sortie précoce et de leur implication économique.....</b>	<b>106</b>
III.3.1.	Méthodologie des études .....	106
III.3.2.	Résultats des études analysées .....	106
<b>III.4.</b>	<b>Synthèse des données de la littérature étrangère et perspectives .....</b>	<b>107</b>
<b>GLOSSAIRE DES TERMES ÉCONOMIQUES UTILISÉS DANS CE RAPPORT .....</b>		<b>108</b>
<b>ANNEXE 1. MÉMENTOS .....</b>		<b>111</b>
<b>ANNEXE 2. FACTEURS DE RISQUE À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT DE DÉCIDER UN RPDA ET QUESTIONNAIRE EPDS.....</b>		<b>115</b>
<b>ANNEXE 3. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE LA BASE DE DONNÉES AUDIPOG.....</b>		<b>119</b>

<b>ANNEXE 4. ANALYSE DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES SÉLECTIONNÉES .....</b>	<b>128</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>137</b>

---

## ABRÉVIATIONS ET SIGLES

---

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
AUDIPOG	Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie
AVS	auxiliaire de vie sociale
CAF	caisse d'allocations familiales
CETSQ	Conseil d'évaluation des technologies de la santé du québec
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
DASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
G6PD	glucose-6-phosphate-déshydrogénase
HAD	hospitalisation à domicile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
PDPI	<i>Postpartum Depression Prediction Inventory</i>
PMI	protection maternelle et infantile
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
RPDA	retour précoce à domicile après accouchement
RR <sub>IC95</sub>	Risque relatif (intervalle de confiance à 95 %)
TISF	technicienne d'intervention sociale et familiale

---

## RECOMMANDATIONS

---

### I. INTRODUCTION

#### I.1. Origine de la demande

Ce thème de travail a été retenu par le Conseil scientifique de l'Anaes dans le cadre du programme d'élaboration des recommandations de pratique clinique, sur une proposition émanant de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.

#### I.2. Cibles des recommandations

Les cibles des recommandations sont :

- les professionnels de santé : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médicaux, pédiatres, omnipraticiens, puéricultrices, infirmières ;
- les structures et organismes : réseaux ville-hôpital, réseaux de proximité, hospitalisation à domicile, centres de PMI.

#### I.3. Contexte des recommandations

Le manque de professionnels et de places en maternité, les contraintes budgétaires et l'évolution de la demande des familles font que le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) peut selon les lieux et les structures de soins être une option, une nécessité ou un souhait. La France n'échappe pas à ces tendances. Les débats actuels sur la périnatalité et les modalités de sa prise en charge, qui sont le reflet des interrogations des professionnels et des usagers, concernent également le RPDA.

L'expérience des pays qui le pratiquent depuis de nombreuses années souligne que le RPDA est :

- sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé, et choisi ou entièrement accepté ;
- mal vécu s'il est contraint voire imposé, et potentiellement néfaste s'il n'est ni préparé, ni correctement organisé.

#### I.4. Objectifs des recommandations

Élaborer des recommandations :

- basées sur une large revue de la littérature et son évaluation critique ;
- limitées aux spécificités du RPDA, ne traitant pas de l'ensemble de la prise en charge de la grossesse et du *post-partum* ;
- réalistes, prenant en compte le contexte décrit ci-dessus ainsi que les limitations d'ordre humain, matériel, financier et réglementaire, mais restant hors des polémiques ;
- pour cerner le cadre dans lequel le RPDA peut être sûr, pertinent, bénéfique ;
- et définir les moyens et modalités à mettre en œuvre par les établissements et les professionnels ;
- en distinguant ce qui dès à présent doit impérativement être respecté en vue d'un RPDA ;

- et proposant pour l'avenir l'adaptation des moyens et des règles pour accroître le bénéfice du RPDA.

Ces recommandations sont donc tout autant organisationnelles que cliniques.

**Les questions soumises au groupe de travail sont :**

- Quelle est la définition de la sortie précoce après accouchement, dans ses différentes configurations ?
- Quels sont les bénéfices à attendre d'une sortie précoce après accouchement ?
- Quels sont les inconvénients de la sortie précoce après accouchement ?
- Quelles sont les conditions d'éligibilité à une sortie précoce après accouchement, pour chaque étape du suivi ?
- Peut-on définir un cahier des charges pour le suivi, à chaque étape ?
- Quels types d'organisation mettre en place pour envisager une sortie précoce après accouchement ?
- Comment déterminer des indicateurs pertinents pour évaluer l'impact des recommandations ?

### **I.5. Gradation des recommandations**

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A, B, ou C :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

Les autres recommandations proposées correspondent à un accord professionnel exprimé au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

L'analyse de la littérature ne fournissant que peu d'études de haut niveau de preuve :

- la plupart des recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture ;
- l'évaluation de l'impact des recommandations doit être assortie du recueil de données nécessaire pour pallier le manque actuel de données validées sur le RPDA.

## **II. CADRE GÉNÉRAL DU RETOUR PRÉCOCE AU DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT**

Le bien-être physique, psychique et social de la mère et de son enfant et une meilleure prévention des pathologies sont les objectifs principaux de leur suivi dès le début de la grossesse et jusqu'après la sortie de la maternité. Dans l'éventualité d'un RPDA, ce constat impose la mise en adéquation des modalités du suivi avec le raccourcissement du temps de séjour en maternité.

Les suites de couches sont le plus souvent simples pour la mère et l'enfant au-delà des 24 premières heures. Ensuite, l'action des professionnels de santé concerne principalement la surveillance, la prévention et l'accompagnement. Sortir précocement de la maternité est donc une option retenue par une forte proportion de systèmes de santé depuis de nombreuses années. L'analyse de leur expérience au travers de la littérature internationale montre qu'entouré de précautions clairement définies, le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) peut s'inscrire dans un projet de service cohérent. La diversification des possibilités de prise en charge permet de répondre à la demande de certains couples et de proposer à tous un choix libre et diversifié, après une large information.

La revue de la littérature internationale montre que lorsque le RPDA n'est pas ou est mal organisé, ses conséquences délétères bien que rares peuvent produire un rapport bénéfices/risques défavorable (grade C). Son utilisation sans précautions comme une réponse facile aux contraintes économiques a été une erreur parfois lourde de conséquences. L'expérience nord-américaine en ce domaine a montré qu'un encadrement organisationnel voire réglementaire permettait de prévenir les conséquences néfastes de sorties de maternité trop précoces et/ou insuffisamment préparées.

Le suivi à domicile peut s'appuyer sur des modes d'organisation très divers, à condition de respecter un cahier des charges garantissant efficacité et sécurité en cas de RPDA. L'organisation du suivi à domicile doit tenir compte des contraintes et des moyens constatés localement. Ces recommandations ont pour but de définir un cadre suffisamment souple, dans lequel ces principes peuvent être respectés.

De l'étude de la littérature internationale et de la consultation des acteurs de terrain, il ressort que ce mode de suivi à domicile serait profitable aussi aux couples mère-enfant n'ayant pas eu un séjour raccourci en maternité. Le but de la prise en charge après leur retour à domicile est similaire, bien qu'il soit indispensable d'adapter les modalités organisationnelles et le niveau de vigilance en fonction de la durée du séjour en maternité. Conformément à l'objectif de ces recommandations, ce sont surtout les spécificités du RPDA et ses conséquences sur le suivi qui sont abordées ici.

Le groupe de travail, tout en considérant les données de la littérature et les recommandations étrangères, a intégré des facteurs spécifiques de nature organisationnelle, sociale et culturelle qui caractérisent les pratiques françaises, notamment grâce à l'étude des données du réseau AUDIPOG, et a pris en compte le travail de la mission périnatalité.

## **II.1. Définition du retour précoce au domicile après accouchement**

Dans une maternité donnée, une sortie est, en général, considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour ce service.

**Les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » correspondent dans ce document à une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne.**

Plusieurs périodes peuvent être identifiées à partir de la naissance, correspondant aux principales étapes du suivi de la mère et du nouveau-né. Il est possible de différencier en pratique des sorties hyperprécoces (J0), très précoces (J1) et modérément précoces (J2).

## **II.2. Principes généraux guidant l'organisation du retour précoce au domicile après accouchement**

Il ne s'adresse *a priori* qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique (grade B). À l'intérieur de cette population, le succès du RPDA repose sur la coexistence de plusieurs conditions fondamentales, et notamment :

- le libre arbitre des parents doit être préservé lorsque l'éventualité d'un RPDA leur est présentée ;
- les séances de préparation à la naissance et de consultations de suivi de grossesse doivent prendre en compte l'éventualité d'un RPDA. Un processus d'apprentissage adapté, visant à soutenir les compétences parentales, est particulièrement précieux dans l'optique du RPDA ;
- le suivi médical, psychologique et social doit être assuré dès le retour à domicile, par une organisation compétente et fiable. Elle doit être en mesure de s'adapter aux réalités familiales et sociales, et respecter un cahier des charges élaboré conjointement par les différents intervenants impliqués dans chaque phase du suivi de la femme et de son enfant.

### **II.2.1. Libre choix respecté des parents**

Le consentement éclairé des parents est nécessaire pour que le RPDA leur apporte satisfaction. Outre l'information large habituelle sur la grossesse, les suites de couches, les soins au nourrisson, les parents doivent disposer d'informations sur les différentes modalités de retour à domicile avec leurs contraintes respectives. Ils doivent être informés des événements médicaux ou psychiques qui peuvent survenir dans les suites de couches dans le cadre du RPDA ainsi que de l'existence de réponses adaptées. Le dialogue portant sur l'ensemble de ces éléments contribue à la coconstruction du projet de naissance.

Les parents doivent savoir que des motifs médicaux ou psychosociaux peuvent imposer à tout moment de renoncer au RPDA projeté. La future mère pourra réviser son consentement durant le suivi. Les professionnels devront s'assurer de la permanence de ce consentement après l'accouchement, lorsque les conditions de la sortie seront mieux connues.

Dans les cas qui doivent rester rares où le RPDA est envisagé durant le séjour à la maternité sans avoir été présenté durant la grossesse, les échanges d'informations avec les parents doivent être particulièrement ouverts et complets. Leur choix devra être arrêté au terme d'un dialogue totalement libre avec le personnel soignant de la maternité sans que les contraintes de l'établissement pèsent sur leur décision.

### **II.2.2. Prise en compte de la durée du séjour en maternité**

L'importance et la nature des moyens mis en œuvre pour le suivi à domicile seront adaptées à la durée du séjour (grade C), au moment prévu pour la sortie (week-end) et

à l'évolution des différents éléments du suivi habituel des couples mère-enfant dans les premiers jours de vie. Un séjour très court contraint à une vigilance accrue et à un suivi plus intensif pendant les premiers jours à domicile.

### II.2.3. Intégration du RPDA au projet de naissance

Les différentes actions de soin et de prévention, médicales et sociales, que justifie toute grossesse, gagneraient à être explicitées dans le cadre de l'élaboration d'un projet de naissance.

Tout au long de la grossesse et du séjour en maternité, les différents éléments qui le constituent doivent être :

- adaptés aux attentes, aux préoccupations, à la réceptivité, aux savoirs acquis, aux compétences et au savoir-faire des mères ;
- répartis entre professionnels en tenant compte de leur charge de travail respective.

Les conditions actuelles du suivi rendent problématique le repérage réaliste du meilleur moment pour la présentation du RPDA, dans le cadre du projet de naissance.

L'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse est un temps privilégié pour l'information sur la possibilité d'un RPDA. En dehors de sa fonction de repérage de difficultés éventuelles dans l'établissement du lien mère-enfant, il doit être conçu de telle sorte qu'il autorise :

- la présentation à la future mère des différentes possibilités de suivi de la grossesse ;
- l'évocation des décisions futures : choix des professionnels et du lieu d'accouchement, allaitement, RPDA ou « durée de séjour habituelle ».

Pour que les futures mères puissent se préparer au mieux à ces choix, une large information orale et écrite est recommandée.

## III. ÉLÉMENTS POUR DÉCIDER UNE SORTIE PRÉCOCE DE LA MATERNITÉ

La rigueur d'évaluation de l'opportunité du RPDA pour chaque couple mère-enfant et la qualité du programme de suivi après sortie sont les éléments primordiaux pour leur bien-être et pour la prévention des complications maternelles et infantiles. Tout programme de RPDA doit intégrer un protocole de repérage précoce et d'intervention pour les mères et nouveau-nés à risque.

Trois conditions de base doivent être respectées :

- 1) Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leurs résultats sont connus et satisfaisants ;
- 2) La mère a une compétence et une autonomie suffisantes pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile ;
- 3) Le suivi est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture (grade C). Ils doivent pouvoir intervenir dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles.

Il est du ressort de l'équipe soignante de la maternité d'apprécier la compatibilité de l'état de santé de la mère et de l'enfant avec le retour à domicile, comme pour toute sortie de maternité, en se référant à l'état de l'art en la matière. Les recommandations entendent cependant attirer l'attention des professionnels sur quelques points à considérer plus particulièrement lorsqu'un RPDA est envisagé.

### III.1. Concernant la mère

#### III.1.1. Absence de signes d'infection

Aucun signe d'infection ne doit être décelé par l'anamnèse, l'interrogatoire et l'examen clinique ou les examens complémentaires opportuns doivent être interprétés, avant d'autoriser un RPDA.

#### III.1.2. Contrôle du risque hémorragique

- Anémie du *post-partum*

L'hémorragie de la délivrance est sous-diagnostiquée car sous-évaluée. Si un RPDA est envisagé, la recherche de signes cliniques d'anémie doit être particulièrement attentive.

La décision d'un retour à domicile dans les 24 heures suivant la naissance impose une vigilance accrue et une information spécifique de la mère sur ce point.

- Hémorragie des suites de couches

Elle concerne environ 1 % des accouchées. Elle peut survenir du 2<sup>e</sup> au 30<sup>e</sup> jour suivant la naissance.

Ses causes principales (infection puerpérale, rétention placentaire, inertie utérine) doivent être recherchées et éliminées ou soignées avant de proposer le retour à domicile.

Avant la sortie de la maternité, les femmes doivent être informées du risque hémorragique et des symptômes à surveiller, et savoir auprès de qui, quand et comment (appel téléphonique, consultation, visite) prendre un avis.

#### III.1.3. Contrôle de la douleur

Si tous les composants de la douleur ont été pris en compte (tranchées utérines, césarienne, épisiotomie, allaitement), celle-ci n'est pas un obstacle au RPDA si le traitement antalgique peut être poursuivi avec la même efficacité.

L'emploi d'antalgiques doit être évoqué très tôt. Leur gestion ultérieure éventuelle à domicile doit être prise en compte. Il est essentiel d'apprécier la capacité de la mère à gérer directement cette prescription ou la nécessité de l'y aider.

#### III.1.4. Instauration du lien mère-enfant

Son évaluation étant difficile et inconstamment réalisée dans les premiers jours, ses difficultés peuvent être sous-estimées. Il est nécessaire de prendre en compte des

facteurs prédisposants ou des problèmes dans l'établissement du lien qui peuvent modifier les conditions de sortie.

### III.1.5. Prise en compte de l'état psychique

Une plus grande vulnérabilité psychique est fréquente et le plus souvent bénigne durant la grossesse et le *post-partum*. Elle nécessite une écoute attentive et un accompagnement. Le diagnostic et la prise en charge précoces de certains troubles rares mais potentiellement graves nécessitent que les professionnels connaissent les éléments évocateurs de leur diagnostic et la conduite à tenir.

- La dépression du *post-partum*

La dépression du *post-partum* est de survenue tardive. Sa prévention repose sur une prise en charge spécifique des femmes enceintes à risque dépressif élevé (grade A). La dépression ou les antécédents de dépression grave, notamment puerpérale, contre-indiquent le RPDA, sauf s'il a été retenu lors du suivi spécifique de la grossesse actuelle comme une modalité judicieuse d'accompagnement psychique, qui sera poursuivi à domicile. Pour dépister le risque dépressif, un outil d'auto-évaluation de la dépression dans le *post-partum* (échelle EPDS<sup>1</sup>) est validé et traduit en français. Son utilisation est également proposée durant la grossesse, notamment au 3<sup>e</sup> trimestre.

- La psychose puerpérale

Il est recommandé de rechercher systématiquement pendant la grossesse les signes et antécédents psychotiques (y compris puerpéraux ou familiaux). Ils justifient un suivi spécialisé (grade C) et contre-indiquent une sortie précoce.

### III.1.6. Précarité

Dans certains cas, le séjour en maternité permet de protéger temporairement les couples mère-enfant en situation de précarité. L'allongement de leur séjour peut alors être proposé. Le risque est néanmoins réel que la situation psychosociale se dégrade, notamment dans les cas de grande précarité. Le prolongement du séjour dans des structures spécifiques de soins de suite et de réadaptation est alors nécessaire. Les possibilités d'accueil de ces structures sont actuellement insuffisantes.

Dans d'autres cas les mères sont désireuses de réintégrer au plus vite leur domicile. Dans ces familles habituellement très opposantes à toute intervention extérieure, le fait que le RPDA soit proposé sans discrimination sociale, en focalisant sa présentation sur la recherche du bien-être de la mère et de l'enfant autant que sur la sécurité, peut favoriser la pérennisation du contact à domicile avec les structures médico-sociales. Dans ce contexte difficile, l'opportunité de la sortie précoce et les conditions de prise en charge à domicile doivent être précisées au cas par cas, avec le concours du médecin traitant et de personnels spécialisés et entraînés à la gestion de telles situations.

### III.1.7. Risque d'échec de l'allaitement maternel

En l'absence d'accompagnement, le RPDA est parfois cité comme une cause d'échec de l'allaitement. Les difficultés liées à l'allaitement peuvent être déstabilisantes pour

---

<sup>1</sup> Voir annexe 2.

la mère. La prévention des problèmes liés à l'allaitement (perte de poids > 10 % du poids de naissance avec une déshydratation sévère, apparition de formes graves de l'ictère du nouveau-né) repose sur :

- la délivrance d'une information efficace sur l'allaitement ;
- la reconnaissance, par la mère qui allaite, des manifestations d'éveil du nouveau-né afin de donner le sein aussitôt, et de la réalité du transfert du lait ;
- le report de la sortie jusqu'à ce qu'un professionnel de santé ait vérifié la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion ;
- un soutien à domicile assuré par des professionnels formés ou des associations de mères allaitantes.

### **III.2. Concernant l'enfant**

Tout programme de RPDA doit intégrer un protocole de repérage précoce et d'intervention pour les bébés à risque.

Le séjour en maternité permet l'observation du nouveau-né et de son adaptation à la vie extra-utérine, le dépistage des malformations congénitales et la surveillance de la bilirubinémie. La sortie précoce doit être structurée pour fournir à l'enfant sous une autre forme les mêmes performances en termes de dépistage, de soins et de prévention.

La compatibilité de l'état de santé de l'enfant avec un RPDA est établie après l'examen clinique du pédiatre et selon les résultats d'examens complémentaires opportuns.

#### **III.2.1. Prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie**

L'ictère est un des motifs fréquents de réhospitalisation après sortie hyperprécoce (< 24 heures) et non organisée (grade C).

Pour autoriser une sortie précoce, il est préconisé de réaliser une première mesure transcutanée de la bilirubine à H24 et une autre mesure avant la sortie. Les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie (contexte de naissance, terme, risque d'hémolyse, poids) sont pris en compte avant de décider le RPDA.

L'utilisation de méthodes prédictives (non validées à ce jour) permettrait d'identifier à la sortie les nouveau-nés à haut, moyen et bas risque d'hyperbilirubinémie. Cela permettrait de définir les stratégies de suivi adaptées.

#### **III.2.2. Prise en compte du risque infectieux néonatal**

Avant le retour à domicile, l'enfant doit être cliniquement indemne de signes d'infection ou les examens complémentaires adaptés doivent être connus et normaux.

Les recommandations professionnelles concernant la gestion du risque d'infection néonatale doivent être respectées.

En présence de facteurs de risque anamnestiques d'infection néonatale, la sortie précoce doit être différée à 48 heures de vie, même si le nouveau-né ne présente aucun signe clinique ou bactériologique d'infection. L'existence d'un de ces facteurs de risque nécessite une surveillance clinique, particulièrement rapprochée pendant les 24

premières heures. Les résultats des prélèvements bactériologiques faits à la naissance devront avoir été interprétés avant la sortie.

### III.2.3. Dépistage des cardiopathies

Bien que le suivi échographique fœtal facilite en France le dépistage des malformations cardiaques congénitales, toutes ne peuvent pas être diagnostiquées avant la naissance. Une modification de la qualité des bruits du cœur et de la perception des pouls fémoraux intervenant entre l'examen initial et les examens ultérieurs doit alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque, et contre-indiquer le RPDA.

### III.2.4. Prise en compte du risque de déshydratation

Au minimum 2 prises alimentaires correctes avec transfert effectif de lait doivent être documentées avant la sortie.

Une sortie précoce de la maternité nécessite l'éducation des parents sur le risque et les signes d'une déshydratation, avec des repères simples : voir au moins 3 mictions par jour les 2 premiers jours, puis 6 mictions par jour, et sinon rechercher les signes de déshydratation (perte de poids).

### III.2.5. Réalisation des tests de dépistage

Leur planification doit tenir compte des délais nécessaires pour leur significativité. La maternité doit s'assurer de la réalisation des prélèvements après la sortie.

## III.3. Apprentissage et information de la mère (et de l'entourage)

Une des conditions majeures du succès d'un RPDA est de compenser le manque de temps d'apprentissage en maternité par l'échelonnement des acquisitions bien avant la naissance et leur poursuite à domicile. L'éducation parentale reste bien souvent incomplète dans les jours qui suivent la naissance, et la mère est généralement peu « réceptive » pour mémoriser des informations dans les 24 heures après l'accouchement.

Il est nécessaire pour toute femme enceinte, mais encore plus en cas de RPDA :

- d'aider la mère à être confiante en ses capacités (réassurance, autonomisation) ;
- d'intégrer l'éducation parentale dans la programmation du suivi de la grossesse ;
- d'assurer les apprentissages indispensables avant la sortie ;
- d'évaluer les acquis et les non-acquis, les compétences et les savoir-faire ;
- d'en transmettre le bilan aux professionnels qui poursuivront l'éducation à domicile ;
- d'informer à temps les futurs parents sur l'intérêt et les délais d'obtention du congé de paternité.

Il est nécessaire de fournir une information pratique sur les principales affections à prévenir ou à dépister précocement. Une présentation claire et non anxiogène des principaux signes sur lesquels il faut rester vigilant est possible et utile.

Un support écrit est recommandé pour étayer les échanges autour de ces informations.

Il convient de s'assurer que ces informations ont été efficacement perçues par la mère et son entourage, et notamment :

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

### **III.4. Conditions d'ordre organisationnel**

- Suivi à domicile

La qualité du relais entre les professionnels agissant à la maternité et à domicile est fondamentale dans le cadre du RPDA.

Le RPDA ne doit pas être autorisé avant que l'équipe responsable du suivi à domicile ait été prévenue, ait donné son accord et organisé le premier rendez-vous à domicile avec la mère.

Un document de liaison spécifique comprenant les éléments utiles au suivi après retour précoce, conforme à la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile, doit être remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.

- Organisation familiale

La fatigue est un important facteur favorisant la souffrance psychique maternelle : le RPDA ne doit pas être un obstacle au repos de la mère.

Il convient de s'assurer avant un RPDA que les conditions domestiques du retour à domicile sont propices à une bonne intégration du nouveau-né dans la structure familiale. Les conditions de logement doivent être jugées adaptées et le soutien procuré par l'entourage suffisant. L'éloignement rendant souvent difficile l'entraide familiale, il est recommandé que le père soit présent dès la sortie de la maternité.

### **III.5. Processus final de décision**

#### **III.5.1. Décision finale**

La décision finale de RPDA est prise :

- en accord avec la mère, qui doit être à l'aise pour la surveillance de l'enfant et les soins à lui donner ;
- par un professionnel responsable pour la mère et l'enfant, après concertation des autres professionnels concernés.

#### **III.5.2. Circonstances justifiant de différer ou contre-indiquer un RPDA**

Lorsqu'un risque médical, psychologique ou social significatif a été repéré, le RPDA doit être différé ou abandonné (grade B).

— *Mères ou enfants « à risque » médical<sup>2</sup>*

Notamment, mais non exclusivement :

- risque pour l'enfant de développer une hyperbilirubinémie sévère. La sortie doit être contre-indiquée notamment dans les cas suivants :
  - ictère avec bilirubinémie prédictive d'ictère sévère selon les courbes de référence, en particulier dans les situations à haut risque,
  - ictère des 24 premières heures de vie,
  - antécédent d'ictère grave dans la fratrie,
  - incompatibilités rhésus ou ABO,
  - risque d'infection néonatale,
  - prévention de l'immunisation anti-D non complètement gérée ;
- risque hémorragique maternel ;
- risque infectieux maternel ;
- dépression ou antécédent de dépression grave, de dépression du post-partum ;
- états psychotiques et antécédents de psychose puerpérale ;
- risque thrombo-embolique maternel non géré ;
- présence de facteurs de risque de perturbation dans l'établissement du lien mère-enfant.

— *Situations à risque non médical*

- mère très jeune et/ou inexpérimentée sans soutien familial suffisant et notamment mère isolée ;
- conduites addictives ;
- situation sociale, familiale ou environnementale défavorable ;
- réserves sur la qualité du suivi qui pourra être assuré à domicile (capacité à honorer tout ou partie du cahier des charges).

## IV. SUIVI MÉDICAL À DOMICILE

Le RPDA transfère une partie du suivi du *post-partum* vers des professionnels qui interviennent à domicile. La part de prise en charge qui leur est dévolue varie dans sa nature et son ampleur, en fonction de la précocité de la sortie et des actions de suivi restant à réaliser (grade C).

### IV.1. Éléments du suivi de la mère

La plupart des études s'accordent à considérer le RPDA comme sûr et sécurisant, dans les populations bien ciblées, à bas risque et avec un suivi à domicile adapté (grade B). Les complications maternelles les plus fréquentes sont de nature infectieuse, hémorragique ou psychologique<sup>3</sup>. Leur dépistage, leur prévention et leur prise en charge primaire peuvent être du ressort de la sage-femme ou du médecin généraliste ou spécialiste, et s'effectuent de la même façon à domicile qu'en maternité. Leur évolution peut justifier une consultation ou une réhospitalisation.

---

<sup>2</sup> Voir d'autres précisions en *annexe 2*.

<sup>3</sup> Les complications thrombo-emboliques ne sont généralement pas envisagées dans les études concernant le RPDA, en raison de leur survenue souvent plus tardive.

Le suivi à domicile poursuit la surveillance débutée à la maternité, en tenant compte de l'évolution de la mère et de son enfant, ainsi que des conditions matérielles et sociales.

#### IV.1.1. Prise en compte du risque infectieux

Il s'agit essentiellement d'infection urinaire, endométrite, mastite, infection de plaie périnéale ou de l'incision pour césarienne.

#### IV.1.2. Prise en compte du risque hémorragique

Les signes d'anémie doivent être recherchés régulièrement, cliniquement et si besoin biologiquement. Si la mère est sortie dans les 24 heures suivant l'accouchement, un suivi spécifique et une vigilance accrue doivent être assurés.

#### IV.1.3. Prise en compte de la douleur

Tous les composants de la douleur du *post-partum* doivent être pris en compte (tranchées utérines, césarienne, épisiotomie, allaitement) avec la même efficacité qu'à la maternité. La prescription doit être réévaluée lors des visites de suivi à domicile. La mère doit pouvoir être aidée dans sa gestion du traitement, en cas de prises à la demande.

#### IV.1.4. Prise en compte de l'état psychique

- Anxiété maternelle

Elle est fortement liée à la fatigue et au manque de confiance en soi de la mère dans son nouveau rôle. Il importe que l'accompagnement à la parentalité soit axé par le soignant sur la prise de confiance et l'autonomisation. Cela peut justifier une formation des professionnels concernés ;

- Baby-blues

Il apparaît vers le 3<sup>e</sup> jour après l'accouchement, donc à domicile en cas de sortie précoce. L'équipe de suivi à domicile doit en assurer le dépistage et savoir déceler les signes annonciateurs d'une évolution vers une dépression ;

- Dépression du post-partum

Elle survient dans les 2 semaines à 6 mois suivant la naissance. L'utilisation à domicile d'un outil d'auto-évaluation (échelle EPDS) validé pour le dépistage de la dépression peut être recommandée. La survenue d'une dépression nécessite une prise en charge spécifique rapide ;

- Psychose puerpérale

Beaucoup plus rare (1 à 2 ‰ grossesses) et sévère, elle survient le plus souvent dans le mois qui suit la naissance. La possibilité de survenue d'une psychose même en l'absence d'antécédents personnels ou familiaux et ses dangers (actes auto- et hétéro-agressifs, notamment envers l'enfant) doivent être connus de l'équipe de suivi à domicile, à qui incombe le repérage précoce de ses symptômes. Leur apparition impose une prise en charge spécialisée immédiate.

#### IV.1.5. Lien mère-enfant

Les premiers jours de vie sont un moment privilégié pour apprécier au mieux la qualité du lien qui s'établit entre la mère et son enfant. Ce lien est un facteur essentiel du développement psychique de l'enfant. Son évaluation régulière à domicile est essentielle.

#### IV.1.6. Précarité

Dans un contexte de grande précarité, le retour précoce à domicile ne se justifie que dans l'optique d'une pérennisation du contact avec les structures de soutien médical et social. Il n'est possible qu'avec un minimum d'adhésion de la mère et de son entourage, et une forte implication des professionnels. Le suivi à domicile doit être rapproché et spécifique.

#### IV.1.7. Accompagnement de l'allaitement maternel

Le soutien à la mère qui allaite (par un professionnel ou un membre habilité d'une association de soutien aux mères allaitantes) doit contribuer :

- à la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion ;
- au dépistage des signes de déshydratation (courbe de poids, mictions).

#### IV.1.8. Soutien aux soins à l'enfant

Il doit prendre en compte le bilan des acquis (fourni par la maternité) et s'adapter aux constatations successives faites à domicile. Le soutien doit favoriser l'autonomisation de la mère et sa réassurance.

### IV.2. Éléments du suivi de l'enfant

Les travaux les plus fiables de la littérature montrent que la vérification préalable de l'absence de facteurs de risque et un suivi à domicile de qualité sont les meilleurs garants de la sécurité de l'enfant (grade B).

#### IV.2.1. Ictère

L'ictère est un motif fréquent de réhospitalisation après sortie précoce.

- Tout enfant sorti précocement doit bénéficier d'une mesure transcutanée de la bilirubinémie dans les 48 heures suivant son départ de la maternité (grade C).
- Une sortie à moins de 24 heures de vie implique de répéter cette mesure quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge (grade C).
- L'ensemble des professionnels en charge du suivi doit avoir reçu « des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses » (Académie nationale de médecine) et savoir rechercher leurs facteurs de risque (grade C).

#### IV.2.2. Infections néonatales

Les infections qui se déclarent dans les premiers jours de vie sont principalement les infections materno-fœtales bactériennes, dont 95 % surviennent dans les 48 premières heures. Le suivi à domicile doit respecter les recommandations professionnelles existantes sur le risque d'infection néonatale.

#### IV.2.3. Cardiopathies

La décompensation des malformations cardiaques congénitales survient souvent vers J8/J10, et n'est donc pas un problème spécifique de la sortie précoce.

Pour prévenir une décompensation, l'équipe de suivi à domicile doit être attentive à la reconnaissance rapide des premiers signes de cardiopathie. Une modification de l'auscultation cardiaque et de la perception des pouls fémoraux entre l'examen initial et l'examen réalisé lors du suivi doit alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque, entraînant une prise en charge spécialisée immédiate. Les premières manifestations anormales surviennent souvent après la sortie de la maternité, d'où l'importance d'un examen médical de l'enfant réalisé entre le 7<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour.

#### IV.2.4. Réalisation des tests de dépistage

L'enfant quittant la maternité avant 72 heures de vie, il est impératif que la réalisation des tests de dépistage (systématiques et nécessaires) soit assurée dans les délais habituels. La responsabilité de transmettre les consignes et le matériel nécessaires aux prélèvements et à leur envoi devrait échoir à la maternité.

#### IV.2.5. Oubli de l'administration de vitamine K

Le risque d'oubli des apports recommandés en vitamine K en cas d'allaitement maternel exclusif pouvant être majoré en cas de RPDA, l'équipe de suivi à domicile doit s'assurer que l'administration de vitamine K est effectuée selon la prescription, et sinon y faire procéder.

### **V. ORGANISER LE SUIVI À DOMICILE**

#### **V.1. Cahier des charges pour le suivi de la mère et de l'enfant**

Le suivi à domicile doit s'appuyer sur une organisation qui assure la poursuite de l'accompagnement de la mère, le suivi médical du couple mère-enfant, le dépistage des facteurs de morbidité maternelle et infantile.

Il est de la responsabilité de chaque structure de suivi à domicile de mettre en place les procédures les mieux adaptées localement à cet objectif général.

Des récapitulatifs des critères ou actions destinées à la réalisation de ces objectifs sont annexés à ces recommandations. Issus de données évaluées de la littérature (grade ou accord professionnel), ils sont à considérer comme des outils d'aide pour la pratique.

##### V.1.1. Visites à domicile

Elles concernent la mère et l'enfant. La date de la 1<sup>re</sup> visite doit être fixée avant la sortie de la maternité. Le (ou les) médecin choisi pour suivre ultérieurement la mère et le nourrisson doit être prévenu de la prise en charge à domicile dès qu'elle est débutée, par l'équipe de suivi à domicile. Le moment du relais est convenu entre eux et la mère. Ce doit être l'occasion de préciser qui réalisera l'examen du 8<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> jour de l'enfant et de la mère, et la visite post-natale.

- 1<sup>re</sup> visite : elle est systématique, le lendemain si sortie avant J2, et au plus tard le surlendemain si sortie à J2 ;
- 2<sup>e</sup> visite et 3<sup>e</sup> visite : elles devraient être systématiques, et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère.

Ces visites seront l'occasion d'apprécier directement la situation psychosociale et familiale à domicile.

D'autres visites doivent pouvoir être réalisées, en fonction des besoins ressentis de la mère et des constatations du soignant.

Un soutien téléphonique peut compléter les visites à domicile et renforcer le soutien à la mère et aux familles :

- appel aux jours convenus à l'avance avec la mère, en fonction de l'espacement des visites (à évoquer dès la présentation du RPDA) ;
- suivi téléphonique en fonction des constatations faites à la maternité ou à domicile : évolution de l'enfant, rappel des consignes données par le soignant.

#### V.1.2. Assistance

Le suivi devrait être possible 7 jours sur 7. La famille doit connaître dès la sortie de maternité les coordonnées téléphoniques d'un professionnel chargé du suivi à qui se référer, et celles des services assurant le relais en l'absence de celui-ci. L'équipe chargée du suivi doit s'assurer que la mère sait quand et comment demander de l'assistance. En cas de réhospitalisation nécessaire pour la mère ou pour l'enfant, leur hospitalisation conjointe devra être favorisée.

#### V.1.3. Examen en fin de première semaine de vie

Un examen du nouveau-né réellement réalisé entre 7 et 10 jours de vie a une valeur médicale essentielle. À cette date, le dépistage des malformations cardiaques est facilité, ainsi que l'évaluation de l'évolution de l'ictère et de l'allaitement.

#### V.1.4. Aide domestique

Il convient de prévoir des conventions entre la structure de suivi à domicile et les caisses d'allocations familiales et caisses primaires d'assurance maladie, pour que les prestations de TISF ne soient pas à la charge des familles. Un document reprenant les différentes aides disponibles devrait être remis à la sortie de la maternité.

#### V.1.5. Accompagnement social

Le suivi à domicile peut permettre de déceler des difficultés sociales et de proposer l'aide ou le conseil appropriés. L'implication des services sociaux (protection maternelle et infantile, CAS (centre intercommunal d'action sociale, etc.) est un appui majeur à solliciter.

## **V.2. Acteurs et structures**

C'est autour d'un pôle de naissance que s'organise le suivi à domicile. Sous réserve du respect d'un cahier des charges adapté au suivi à domicile des RPDA, des organisations très diverses peuvent être envisagées pour le suivi de RPDA :

- une maternité peut gérer elle-même le suivi à domicile des RPDA, par détachement de sages-femmes ;
- une maternité peut également s'appuyer sur des professionnels libéraux volontaires (médecins généralistes, spécialistes ou sages-femmes), éventuellement organisés dans le cadre d'un réseau ville/hôpital. D'autres professionnels peuvent participer à ce suivi : puéricultrices, travailleurs et services sociaux. Lorsque le suivi à domicile fait appel à ces différents professionnels simultanément ou successivement, l'articulation de leurs actions doit être assurée ;
- des professionnels indépendants de toute structure peuvent également intervenir en partenariat direct avec le pôle de naissance ;
- la participation à des réunions communes pluridisciplinaires, le partage d'informations et l'utilisation de protocoles communs sont fortement recommandés pour renforcer leur collaboration et la cohérence de leurs interventions.

## **V.3. Étapes pour construire un projet de RPDA**

La construction d'un projet de RPDA suit plusieurs étapes, qu'il soit débuté par la maternité ou des intervenants extérieurs.

### **V.3.1. Recenser les ressources**

La première étape consiste à identifier les ressources : organisations existantes (service d'hospitalisation à domicile, réseaux, associations), démographie médicale et paramédicale du secteur géographique à couvrir. Les besoins et les attentes des usagers sont pris en compte par l'intermédiaire des associations d'usagers. Cet état des lieux permet de recenser les professionnels volontaires et disponibles. Ultérieurement, il sert de base à la réalisation d'un annuaire des ressources disponibles, régulièrement actualisé.

### **V.3.2. Établir le cadre de travail et le rôle de chaque intervenant**

Les règles de fonctionnement doivent être débattues largement, pour aboutir à un cadre de travail consensuel, qui est retranscrit dans une charte.

Cette charte précise notamment les responsabilités de chacun, les modalités de prise en charge et de transmission des informations.

### **V.3.3. Formation des personnels participants (hospitaliers et libéraux)**

Une formation complémentaire de certains intervenants est nécessaire, en fonction de leurs acquis et modes d'exercice antérieurs. Cette formation a plusieurs objectifs :

- optimiser leurs compétences théoriques et pratiques ;
- acquérir les gestes techniques nécessaires ;
- former à l'information et à l'apprentissage de la femme dans son nouveau rôle de mère ;
- former à l'accompagnement de la mère, son écoute, sa mise en confiance vis-à-vis de ses capacités à assurer son rôle de mère ;

- les aider à s'adapter aux modifications induites dans leur pratique par le travail en collaboration et par le raccourcissement du séjour en maternité ;
- les intervenants doivent accepter une réactualisation régulière de leurs connaissances.

#### V.3.4. Dossier de liaison

Le carnet de maternité, lorsqu'il est utilisé, peut servir de support pour la transmission des informations entre la maternité et le ou les professionnels chargés du suivi. Il est mis à jour par la maternité lors de la sortie.

Sinon, un document de liaison, contenant les données nécessaires au suivi de la mère et de l'enfant, assure la continuité de ce suivi. Il revient à chaque structure de créer ou choisir le document de liaison adapté.

### V.4. Évaluation

#### V.4.1. Au plan local

L'évaluation d'un dispositif de suivi de RPDA doit être prévue dès sa mise en place, afin de vérifier l'absence d'effets délétères et l'existence de bénéfices du RPDA sur la santé physique et morale de la mère et de l'enfant. Les indicateurs de la qualité du dispositif de RPDA doivent être validés.

Certains outils existants (carnet de maternité, carnet de santé de l'enfant) pourraient être adaptés pour permettre le suivi de ces indicateurs, d'autres doivent être construits.

Des enquêtes ponctuelles permettent de mesurer la satisfaction des familles, des professionnels de la maternité et de ceux assurant le suivi à domicile.

Le bilan annuel d'activité (registre de RPDA, données issues du PMSI, enregistrement des durées de suivi, du nombre de visites, etc.) permet une évaluation quantitative.

L'évaluation des pratiques peut être réalisée par une méthode d'amélioration de la qualité (audit clinique, par exemple).

L'évaluation régulière du programme de RPDA doit être prévue dans la charte de l'organisation de suivi à domicile.

#### V.4.2. Au plan national

La faiblesse des données disponibles à ce jour sur le RPDA doit être compensée *a posteriori* par une évaluation performante. Celle-ci requiert une préparation rigoureuse, dont la description et l'élaboration débordent le cadre de ces recommandations. Il est recommandé qu'un travail spécifique y soit consacré.

Les études économiques françaises ont été réalisées à un échelon local et le résultat des études étrangères n'est pas transposable à notre système de santé. L'évaluation doit inclure une étude économique du RPDA.

## **VI. ÉVOLUTIONS À PRÉVOIR**

La généralisation de l'application de ces recommandations et leur appropriation par les professionnels concernés supposent des modifications de leur cadre de travail, sur le plan organisationnel et réglementaire.

### **VI.1. Information**

La mise en œuvre de moyens humains et financiers, comprenant une prise en charge complète par les organismes d'assurance maladie, est nécessaire à la réalisation systématique de l'entretien du 4<sup>e</sup> mois.

Un ouvrage évoquant l'ensemble des aspects de la grossesse, de la naissance, et de la prise en charge de l'enfant, à l'image de ce qui existe à l'étranger, pourrait être remis à la future mère dès la 1<sup>re</sup> consultation.

Cet ouvrage ainsi que l'entretien du 4<sup>e</sup> mois permettraient à la future mère d'élaborer son projet de naissance.

Un document reprenant les différentes aides disponibles devrait être remis pendant la grossesse, et disponible également à la maternité.

### **VI.2. Suivi du projet de naissance**

Il conviendrait que la future mère puisse identifier un « interlocuteur principal », auquel elle puisse se référer tout au long du déroulement de son projet de naissance, pour l'aider dans ses choix, répondre à ses questions et être le centralisateur des différentes interventions.

La sage-femme est un professionnel de choix pour accompagner la femme dans son projet de naissance. Cela nécessite :

- d'accroître le nombre de sages-femmes formées annuellement ;
- de favoriser leur installation ;
- d'améliorer la couverture sociale des différents aspects de leur activité ;
- d'étendre le champ de leurs compétences : prescriptions (dont la contraception), déclaration de grossesse, suivi complet de la grossesse physiologique.

### **VI.3. Suivi médical et épidémiologique**

La teneur du carnet de maternité doit être révisée, pour intégrer notamment :

- la description (évolutive) du projet de naissance ;
- les actions à programmer et réalisées ;
- le récapitulatif des informations à la future mère ;
- les données épidémiologiques propres à la grossesse, et en vue des évaluations ultérieures (dont le RPDA).

Le certificat dit du 8<sup>e</sup> jour doit redevenir un véritable outil d'épidémiologie, d'évaluation et de recherche, fiable, grâce à la réalisation effective d'un examen de l'enfant entre le 7<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour de vie. Cela nécessitera une adaptation de la réglementation en vigueur.

La teneur du carnet de santé de l'enfant doit être révisée en conséquence : contenu, présentation, support, afin de faciliter la saisie et l'exploitation des données pertinentes en termes de suivi individuel, d'évaluation du RPDA et des autres modes de suivi du *post-partum*, et d'analyse épidémiologique.

Visite postnatale : il convient de la promouvoir fortement, de mettre en œuvre les moyens qui font défaut pour sa généralisation, et d'en faire un outil de suivi à moyen terme du *post-partum* et d'évaluation de sa prise en charge.

#### **VI.4. Soutien à domicile**

Le congé paternel doit pouvoir débuter dès le retour à domicile, lequel ne peut pas toujours être anticipé avec précision. Cela implique l'assouplissement des conditions du préavis obligatoirement déposé auprès de l'employeur.

Le soutien familial à domicile par une TISF devrait pouvoir être proposé à toute femme à son retour à domicile. Ceci implique un fort accroissement de l'offre qui serait actuellement nettement insuffisante pour faire face à cette nouvelle demande.

---

## FICHE DE SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

---

### 8 POINTS À RETENIR

#### POUR UN RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT DANS DES CONDITIONS FAVORABLES

- |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile.</li></ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Un RPDA bien organisé est une option sûre pour la mère et l'enfant.</li></ul>                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de décider un RPDA.</li></ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>❑ La mère doit se sentir à l'aise, confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent.</li></ul>          |
| <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Le suivi à domicile doit respecter un cahier des charges spécifique conforme aux présentes recommandations.</li></ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Le RPDA concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social.</li></ul>                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Le raccourcissement du temps de séjour en maternité impose de réorganiser la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Cette réorganisation s'intègre dans l'élaboration avec la mère du projet de naissance, où l'évocation précoce d'un possible RPDA a sa place.</li></ul> |

---

## MÉTHODE DE TRAVAIL

---

### I. MÉTHODE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels et représentants d'utilisateurs consultés.

L'Anaes a constitué un groupe de travail réunissant 21 professionnels de diverses compétences (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, sage-femme, pédiatre, pédiatre périnatal, puéricultrice, pédopsychiatre, médecin de protection maternelle et infantile, médecin de santé publique) ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée, et une représentante des usagers. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et une chargée de projet qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'Anaes, et finalisées par le groupe de travail.

Deux chefs de projet de l'Anaes ont coordonné l'ensemble du travail et en ont assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques et/ou économiques si besoin. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) ont été explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information ont été

recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés. Les recherches initiales ont été mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés a permis de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues pour la recherche documentaire sont le français et l'anglais, mais des publications en langue allemande et italienne ont été également consultées.

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'Anaes (voir *tableau 1*).

**Tableau 1.** Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p><b>Niveau 1</b> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A  Preuve scientifique établie</p>
<p><b>Niveau 2</b> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte</p>	<p>B  Présomption scientifique</p>
<p><b>Niveau 3</b> Études cas-témoins</p>	<p>C</p>
<p><b>Niveau 4</b> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas</p>	<p>Faible niveau de preuve</p>

En l'absence de précision sur le grade, les recommandations proposées sont fondées sur un accord professionnel entre les membres des groupes de travail et de lecture.

## II. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

### II.1. Sources d'informations

La recherche bibliographique a été faite par interrogation des bases de données bibliographiques MEDLINE (*National Library of Medicine*, États-Unis), EMBASE (Elsevier, Pays-Bas), PASCAL (CNRS-INIST, France).

La recherche bibliographique a été complétée par la consultation de : *Cochrane Library* (Grande-Bretagne), *National guideline clearinghouse* (États-Unis), l'HTA Database (*International network of agencies for health technology assessment - INAHTA*), sites Internet des Sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié, BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes) et d'Internet (moteurs de recherche), CODECS (base du Collège des économistes de santé, France).

## II.2. Stratégie de recherche

La stratégie d'interrogation de MEDLINE, EMBASE et PASCAL précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour MEDLINE), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique (tableau 2) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre total de références obtenues ;
- nombre d'articles analysés ;
- nombre d'articles cités dans la bibliographie finale.

**Tableau 2.** Stratégie de recherche documentaire.

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche
<b>Recommandations</b>		Sans limite
Étape 1	<i>Patient discharge</i> OU <i>hospital discharge</i> OU <i>Early discharge</i> (en texte libre) ET <i>Postnatal care</i> OU <i>Puerperium</i> OU <i>Perinatal period</i> OU <i>postpartum</i> (en texte libre)	
ET		
Étape 2	<i>Guideline*</i> OU <i>Practice guideline</i> OU <i>Health planning guideline</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus development conference</i> OU <i>Consensus development conference, NIH</i> OU <i>Consensus conference</i> [titre] OU <i>Consensus statement</i> [titre]	
<b>Méta-analyses, revues de littérature</b>		
Étape 1		
ET		
Étape 3	<i>Meta analysis</i> OU <i>Review literature</i> OU <i>Literature review</i> OU <i>Systematic review</i>	
<b>Satisfaction de la patiente</b>		
Étape 1		
ET		
Étape 4	<i>Patient satisfaction</i>	
<b>La dépression du post-partum</b>		
Étape 2		
ET		
Étape 5	<i>Post-partum, depression</i>	

**Les études économiques**

Étape 1

ET

Étape 6

*Cost allocation* OU *Cost-benefit analysis* OU *Cost control* OU  
*Cost of illness* OU *Cost savings* OU *Costs and cost analysis* OU  
*Cost effectiveness* OU *Economic value of life* OU *Health care*  
*cost* OU *Health economics* OU *Economic aspect* OU *Hospital*  
*cost* OU *Hospital charge* OU *Financial management, hospital*  
*cost* OU *Hospital billing* OU *Hospital finance* OU *Hospital running*  
*cost* OU *Pharmacoeconomics* OU *Cost(s)* OU *Economic(s)*

---

**La littérature française**

Étape 7

<b>Nombre total de références obtenues</b>	523
<b>Nombre total d'articles analysés</b>	326
<b>Nombre d'articles cités</b>	216

---

Les sites Internet des réseaux de périnatalité français ont été consultés afin de réunir les informations nécessaires sur l'organisation des soins. Dans ce cadre, des recherches complémentaires ont été effectuées sur les expériences européennes, en langue allemande, espagnole, suédoise, néerlandaise et italienne.

---

## **CONTEXTE GÉNÉRAL ET ÉTAT DES LIEUX**

---

### **I. CONTEXTE GÉNÉRAL**

#### **I.1. Contexte du projet de recommandations**

La demande initiale d'une réflexion sur le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) émane de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes. Thème controversé au sein d'un débat plus large sur la périnatalité, il s'agit d'un problème d'actualité, tant par la tendance générale à un raccourcissement des séjours hospitaliers que par les réflexions en cours au niveau national sur l'organisation des maternités et la périnatalité en général.

L'étude de la littérature internationale comme la consultation des acteurs de terrain montrent que la réflexion engendrée par la nécessaire organisation des sorties précoces après accouchement, et les améliorations qui doivent en être l'aboutissement, sont transposables avec le même bénéfice à un séjour traditionnel en maternité. Si les contraintes temporelles et organisationnelles divergent, l'objet et le but de la prise en charge de la mère et de l'enfant restent fondamentalement similaires, et les moyens de leur perfectionnement également.

#### **I.2. Objectifs des recommandations**

La multiplicité des modes de prise en charge des sorties précoces au sein d'un même système de santé, et plus encore au travers de systèmes de soins différents, amène naturellement à rechercher parmi ces options celles qui sont le plus profitables aux patientes et les plus pertinentes pour la société.

Le constat de l'impact négatif d'une sortie rendue précoce par des motifs purement pécuniaires et non entourée de précautions organisationnelles spécifiques et réfléchies fait de cette réflexion un devoir.

Enfin pour faire de cette stratégie un atout tant au bénéfice de la famille que de la société, l'étude raisonnée des différentes options existantes ou à élaborer est une démarche indispensable, à laquelle la méthode des recommandations pour la pratique clinique de l'Anaes est particulièrement adaptée.

Ce document veut être un outil de travail clair et pertinent pour tous les acteurs de santé potentiellement concernés par les modalités de prise en charge de la femme et de son enfant dans les jours qui suivent la naissance.

### **II. ÉTAT DES LIEUX À L'ÉTRANGER**

Les systèmes de soins instaurés par chaque État souverain sont divers, et parfois multiples au sein d'un même pays. Il en découle de grandes différences dans la manière traditionnelle de prendre en charge la grossesse et l'accouchement. Organiser un raccourcissement du séjour en maternité, avec les différentes options possibles,

diversifie davantage encore les pratiques constatées dans les pays industrialisés. Il est donc difficile de comparer les pratiques et les études relatives au RPDA, en France et à l'étranger. La plupart des recommandations étrangères constituent néanmoins une intéressante base de réflexion pour le RPDA en France.

Si les publications sur le sujet sont nombreuses, elles ne reflètent pas nécessairement le fonctionnement majoritaire d'un pays. Les critères choisis dans ces études souvent méthodologiquement très fragiles font que la revue présentée ci-après ne peut prétendre ni à l'exhaustivité ni à l'exposition d'une image fidèle des réalités locales.

Cet état des lieux doit donc être compris comme un tour d'horizon, riche non de ses certitudes mais de la variété des solutions imaginées par leurs concepteurs.

## II.1. États-Unis

Les études disponibles outre-Atlantique comparent les indicateurs à partir de 2 durées de séjour : < 48 heures et > 48 heures.

Aux États-Unis, une diminution des durées de séjour est observée depuis les années 70, à la fois en raison d'une pénurie de lits, des coûts d'hospitalisation, mais aussi à la demande des familles.

La durée de séjour a diminué entre 1970 et 1992 en moyenne de 4,1 jours à 2,7 jours (soit une baisse de 37 %). La durée de séjour en maternité est ainsi passée de 3,9 jours à 2,1 jours après accouchement par voie basse et de 7,8 jours à 4 jours après une césarienne (1).

De 1970 à 1980, l'instauration de programmes de RPDA visait à répondre au souhait des familles de démedicaliser la naissance.

De 1980 à 1990, en raison des coûts élevés des frais d'hospitalisation, les organismes privés d'assurance maladie ont fait pression sur les hôpitaux et sur les médecins pour raccourcir les durées de séjour en maternité (2). Ces sorties précoces avaient lieu sans organisation subséquente de la prise en charge des couples mère-enfant. Certaines assurances refusaient même de rembourser les frais de séjour, si celui-ci dépassait 12 à 24 heures pour un accouchement sans complication. Cette situation a entraîné des conflits entre patients, médecins et assureurs. En 1995, Braveman (3) a montré qu'on connaissait peu les conséquences médicales d'un RPDA pour la mère et le nouveau-né dans la population générale.

D'autres études (4-6) ont souligné les risques d'un RPDA pour les nouveau-nés, et leur réadmission à l'hôpital pour des pathologies graves (ictère nucléaire, déshydratation).

Depuis 1992, les sociétés savantes, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) et l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) ont élaboré et mis à jour des recommandations sur les soins délivrés dans le *post-partum* pour la mère et le nouveau-né : les « *Guidelines for perinatal care* »(7).

En 1995, l'État du Maryland, prenant conscience des abus et des dérives en matière de sortie précoce, a adopté une loi nommée « *Mothers' and Infants' Health Security Act* » (<http://www.dol.gov/ebsa/newsroom/fsnmhafs.html>). Cette loi impose aux compagnies d'assurances de prendre en charge au minimum 48 heures de séjour après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne.

La plupart des États ont suivi ces mesures et au 1/01/1996, une loi fédérale « *the Newborns' and Mothers' Health Protection Act* » a été promulguée (8-10). Cependant, la loi ne suit pas exactement les recommandations des sociétés savantes, qui préconisent un séjour en maternité entre 48 heures pour un accouchement par voie basse et 96 heures pour un accouchement par césarienne **en excluant le jour d'accouchement** (11).

La loi prévoit des mesures pour éviter toute pression des compagnies d'assurances à la fois sur la mère et sur les médecins. La sortie de maternité se fait à la demande de la mère, avec accord des médecins. Les recommandations de l'ACOG et de l'AAP (7) précisent les critères de sélection des mères et des nouveau-nés à la sortie précoce. Un programme de suivi à domicile par une infirmière dans les jours suivant la sortie est organisé. Des liaisons téléphoniques avec des professionnels de santé sont possibles, la mère connaît les coordonnées du médecin qu'elle doit consulter pour elle ou son enfant en cas de problème.

Il semblerait qu'il existe des variations importantes dans les modalités et la qualité des suivis proposés selon les États et le type de couverture sociale de la mère.

La loi « *the Newborns' and Mothers' Health Protection Act* » prévoit aussi la réalisation d'études sur les besoins des mères et des nouveau-nés après la naissance. Un comité (« *The Secretary 's Advisory Committee on Infant Mortality* ») est chargé de préparer des rapports pour le Congrès à 18 mois, à 3 ans et à 5 ans après la mise en vigueur de la loi, avec 3 objectifs :

- fournir un cadre général large aux discussions sur la durée de la prise en charge du *post-partum* et la durée de séjour ;
- résumer les données actuelles des connaissances sur les soins et pratiques appropriés pour les mères et les nouveau-nés ;
- établir des recommandations relatives à la promotion de la santé pour les mères et les nouveau-nés (11).

Le rapport final du comité (11) à 5 ans a souligné la nécessité de recherches supplémentaires pour déterminer les bonnes pratiques pour la mère et pour le nouveau-né pendant l'hospitalisation et le suivi à domicile, ceci pour la population générale. Ce rapport, écrit par un groupe d'experts, établit 5 recommandations :

- élargir le débat de la durée d'hospitalisation vers l'ensemble des facteurs principaux qui affectent la santé de la mère et de l'enfant ;
- le but des suivis postnatals devrait être la préservation de la santé et le bien-être des mères et des nouveau-nés et non pas seulement la prévention d'éventuelles catastrophes rares ;
- assurer la délivrance des soins nécessaires après la sortie quelle que soit la durée de séjour ;
- s'inspirer des expériences des centres de naissances et des programmes de RPDA existants aux États-Unis, ainsi que des modèles de bonnes pratiques des autres pays et des expériences innovantes ;
- réaliser des études prévues par la loi.

## II.2. Canada

Au Canada, le RPDA (appelée « congé précoce en obstétrique ») est pratiqué depuis les années 80. La réduction des durées de séjour a été très marquée dans toutes les

provinces. Au Québec, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal (voie basse sans complication) est passée de 3,1 jours à 2,4 jours de 1994 à 1999 (12,13). Cependant, les durées de séjour sont calculées à partir de l'heure d'admission de la patiente à la maternité et non à partir de l'heure de naissance de l'enfant : elles ne reflètent donc pas la durée réelle du séjour *post-partum* en hospitalisation.

Comme aux États-Unis, la réduction des durées d'hospitalisation s'explique par les contraintes budgétaires des hôpitaux, mais aussi par la volonté des mères de réintégrer rapidement l'environnement familial.

Des programmes de RPDA sont proposés par les hôpitaux en collaboration avec les « services de santé communautaires ».

En 1997, la Société canadienne de pédiatrie, approuvée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, a établi des lignes directrices sur « la facilitation du congé à domicile après une naissance normale » (14). Ces recommandations préconisent une prise en charge centrée sur les besoins des mères, des nouveau-nés et de la famille. L'information et l'éducation des parents en vue d'un congé précoce débutent pendant la grossesse. Les informations portent sur l'alimentation, le dépistage des problèmes courants et l'ictère du nouveau-né. La mère et le nouveau-né doivent satisfaire aux critères d'admissibilité au congé précoce. Certaines provinces (Manitoba, Colombie britannique) (15-17) établissent des recommandations, des « plans de soins guides » et des « chemins cliniques » pour évaluer l'état clinique et les besoins de la mère, du nouveau-né et de la famille. Un programme de suivi avec contact téléphonique dans les 24/48 heures suivant la sortie est prévu, des visites à domiciles sont organisées et dépendent des services de santé communautaires (centres locaux des services communautaires au Québec) ou des centres hospitaliers (12). La durée des suivis mères-enfants n'est pas toujours précisée dans la littérature.

Des évaluations régulières de ces programmes de suivi sont réalisées (12). Elles montrent qu'il existe une grande hétérogénéité des programmes mis en place, mais que ceux-ci génèrent « de la sécurité, qu'ils sont efficaces et économiques, et que les consommateurs sont satisfaits » (18).

### II.3. Hollande

En Hollande, la prise en charge obstétricale des femmes est organisée selon leur niveau de risque médical. La grossesse et l'accouchement sont considérés comme des phénomènes physiologiques (19-22).

Il existe 3 échelons de prise en charge. Les femmes sans antécédent médical particulier sont suivies par une sage-femme dans le premier échelon. Elles ont la possibilité d'accoucher à domicile avec une sage-femme, si elles le désirent. Lorsqu'une femme présente une pathologie pendant sa grossesse ou en fonction de ses antécédents médicaux, elle est adressée au deuxième niveau de soins, et le suivi de la grossesse est réalisé par un obstétricien. Le troisième échelon correspond à une prise en charge hospitalière, dans un hôpital comprenant un service de néonatalogie.

En Hollande, 31,5 % des naissances (23,24) ont lieu à domicile avec une sage-femme et une *kraamverzorgster* (25), dont la traduction littérale serait « aide de couches ».

Celle-ci, après 2 premières années de formation portant sur les soins infirmiers généraux, a choisi pour sa troisième année de formation de s'orienter vers les soins postnatals. Elle est présente avec la sage-femme pendant tout le travail et l'accouchement. En collaboration avec la sage-femme, elle dispense les soins à la mère et au nouveau-né. La *kraamverzorgster* participe aux tâches familiales dans les

jours suivant la naissance, apportant une aide efficace à la mère. Elle est présente auprès de la mère, du nouveau-né et de la famille 8 heures par jour pendant les 8 jours suivant la naissance (25).

Lorsque la naissance a lieu à l'hôpital, la mère sort après un séjour de 8 heures environ, s'il n'y a pas de complication pour elle ou le nouveau-né. Ensuite, elle peut bénéficier à domicile des mêmes prestations par la sage-femme et la *kraamverzorgster*.

La plupart des familles (80 % environ) font appel aux services d'une *kraamverzorgster*, qui est engagée par un bureau de soins postnatals. Les prestations sont prises en charge en partie par l'État et par les familles (26).

#### **II.4. Suisse**

À Genève, les durées de séjour en maternité ont progressivement diminué (27), passant de 12 jours dans les années 50 à 4 jours dans les années 90. Actuellement, le séjour dure 4 à 5 jours pour un accouchement par voie basse et 5 à 6 jours après une césarienne (27).

En Suisse, une mère et son nouveau-né peuvent bénéficier des services d'une sage-femme durant les 10 jours suivant l'accouchement, quel que soit son lieu d'accouchement. Cette prestation est prise en charge par la caisse d'assurance maladie, ainsi que 3 consultations pour le suivi de l'allaitement maternel par une sage-femme.

Le suivi est coordonné par une structure appelée Fondation des services d'aide et de soins à domicile. Ce suivi comprend les soins par la sage-femme, une aide ménagère et éventuellement les soins au nouveau-né par une infirmière après les 10 jours de suivi réalisés par la sage-femme (26).

Depuis 1983, à Genève (27), une association de sages-femmes libérales « Arcade » (19) a mis en place un service d'assistance postnatale. Ce service d'aide et de conseil pour les mères comprend aussi un suivi à domicile par une sage-femme, et une permanence téléphonique.

La caisse d'assurance maladie rembourse les actes à raison de 2 visites prénatales et de 10 visites postnatales. En cas de pathologie, sur prescription médicale, tous les frais sont pris en charge.

#### **II.5. Angleterre**

En Angleterre, chaque femme reçoit, lors de sa première grossesse, un « livre de grossesse », qui l'informe sur le déroulement et la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Ce livre contient des conseils sur l'alimentation, l'hygiène et la puériculture, ainsi que toutes les informations dont un couple a besoin pendant la grossesse et la petite enfance.

Il est proposé aux couples de rédiger un *birth plan*, où sont mentionnés les souhaits du couple relatifs au déroulement du travail et de la naissance. Le livre de grossesse guide le couple dans l'élaboration de ce projet de naissance, en proposant une liste de questions. Il est conseillé aux couples d'en discuter avec leur sage-femme ou leur médecin généraliste.

En Angleterre, les femmes peuvent choisir d'accoucher à l'hôpital, à domicile ou dans les « unités de sages-femmes ou de médecins généralistes » (28). Ces unités sont soit intégrées dans un hôpital, soit en sont complètement séparées. Dans ces unités, apparentées aux « maisons de naissance », c'est une équipe de sages-femmes ou de

médecins généralistes qui pratique la surveillance de la grossesse et réalise l'accouchement. Ces unités sont réservées aux grossesses et accouchements physiologiques (28).

Les femmes ont la possibilité d'accoucher à domicile avec une sage-femme ou un médecin.

Elles peuvent opter pour le programme DOMINO (*domicile in and out*) (28) : une sage-femme surveille le déroulement du travail à domicile, accompagne la femme à l'hôpital pour l'accouchement, et la femme regagne son domicile 6 heures après la naissance.

À l'hôpital, depuis les années 80, les durées d'hospitalisation sont raccourcies. Le séjour en maternité après accouchement varie de 6 heures à 2 jours. 60 % des femmes retournent chez elles le jour même de l'accouchement ou le lendemain (29). Le séjour peut être prolongé en cas de complication (24). Un programme de suivi après la sortie prévoit la visite journalière à domicile d'une sage-femme de secteur, pendant les 10 jours suivant la naissance. Le relais est ensuite pris par le médecin généraliste (*general practitioner*) et une infirmière à domicile (*health visitor*).

## II.6. Pays nordiques

En Suède, les femmes enceintes sont suivies dans un centre de santé prénatal. Un examen vers 8 semaines de grossesse est effectué par un médecin, le reste du suivi est assuré par une sage-femme. En cas de grossesse pathologique, la sage-femme adresse la femme à un médecin. La plupart des femmes (81 %) participent à la préparation à la naissance, à l'allaitement et aux programmes d'éducation parentale. Les femmes s'inscrivent à la maternité de leur choix, où elles sont prises en charge par des sages-femmes, si leur grossesse est normale. Les durées d'hospitalisation en maternité sont courtes, le retour à domicile a lieu en moyenne 3 jours après l'accouchement. Si la naissance est normale, les femmes peuvent choisir de sortir au bout de 24 heures (30-32). La sortie de maternité est considérée comme précoce si elle se situe entre 8 et 72 heures après la naissance.

Odelram (33) a publié l'expérience de l'hôpital de Motala, qui fut un des premiers établissements en Suède à pratiquer le RPDA depuis 1983. C'est la mère qui choisit à quel moment elle souhaite sortir, à condition que son état de santé et celui du nouveau-né soient satisfaisants et qu'elle ait de l'aide et du soutien à domicile. Un pédiatre examine le nouveau-né 1 ou 2 fois et fixe un rendez-vous à la maternité pour un nouvel examen à l'âge de 5 à 7 jours. Une sage-femme de la maternité effectue des visites à domicile (« soins à la maison » *BB-hemvård*), le plus souvent dès le deuxième jour après le retour à domicile.

La sage-femme contacte par téléphone au moins une fois par jour toutes les familles bénéficiant des « soins à la maison » jusqu'à la visite du pédiatre à 5/7 jours. La sage-femme tient un dossier médical, qui rassemble les données concernant la mère et l'enfant. Les familles peuvent contacter une sage-femme par téléphone 24 h/24 si besoin.

En 1995, 66 % (79 % des accouchées par voie basse) des femmes sont sorties précocement. Les principaux problèmes de santé rencontrés chez les nouveau-nés ont été des hyperbilirubinémies et des problèmes d'alimentation. La mortalité était nulle.

En Suède, les pères bénéficient d'un congé de paternité de 10 jours dans le premier mois suivant la naissance, ce congé pouvant être pris de façon modulable, soit à la journée soit en une seule fois. En plus du congé de paternité, le père peut obtenir jusqu'à 1 mois de congé parental pendant la première année de l'enfant.

## **II.7. Autres pays**

En Australie, Brown (34) indique que la durée de séjour en maternité était traditionnellement de 5 à 7 jours. Une diminution de cette durée de séjour est constatée depuis les années 90, pour les naissances sans complications, dans le but de diminuer les coûts de santé (35).

Les sorties précoces sont définies comme les « sorties avant 5 jours ». Dans ce cadre, un suivi à domicile est assuré par des sages-femmes ou par des infirmières de secteur (34,36). Le département santé de l'État de Victoria a averti les hôpitaux qu'ils ont la responsabilité du suivi postnatal dans les jours suivant la naissance, à l'hôpital ou à domicile (34). Plusieurs études australiennes portent sur les effets du RPDA sur la dépression postnatale (35,37,38), la satisfaction des mères, la durée de l'allaitement maternel, le bien-être et la confiance des mères en elles (34,35).

En Italie, des recommandations professionnelles pour le RPDA ont été élaborées par les sociétés savantes de gynécologues-obstétriciens et de pédiatres (39).

## **III. MAISONS POSTNATALES**

La réflexion sur les sorties précoces de maternité a conduit dans certains pays à explorer d'autres modes d'accompagnement du couple mère-enfant après la sortie, qui ont abouti à la création de lieux spécifiques du type « centre périnatal » ou « maison postnatale ».

De tels lieux sont actuellement en projet en France, autour de plusieurs axes tendant à répondre à la même problématique que le soutien à domicile dans le cadre du RPDA, mais dans une démarche différente. Il s'agit là de mettre à la disposition de l'accouchée et de son enfant un lieu faiblement médicalisé :

- lieu de rencontre avec d'autres mères et des professionnels (notamment sage-femme, puéricultrice) ;
- lieu de séjour (hébergement) ou de passage (jour) ;
- qui leur offre :
  - un soutien adapté : médical, paramédical ou psychologique,
  - un complément d'apprentissage des soins à l'enfant,
  - une information adaptée aux difficultés ressenties, etc.

Ce peut également être le lieu de séances de préparation à l'accouchement, propice aux rencontres et échanges entre futures mères et nouvelles accouchées. Une enquête de qualité tend à démontrer que de telles structures, qui ne sont pas concurrentes mais complémentaires d'une démarche de soutien à domicile, obtiendraient les faveurs d'une proportion notable de mamans.

## **IV. ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE**

Aucune étude nationale sur la pratique du RPDA en France n'a pu être identifiée. Le présent état des lieux est une synthèse des expériences françaises publiées. Celle-ci ne prétend donc pas être exhaustive ou décrire tous les modèles d'organisation mis en place en France. On constate une grande disparité régionale, ainsi qu'entre les secteurs public et privé. Les politiques et organisations de suivi sont spécifiques à chaque établissement.

Une analyse de la base de données AUDIPOG précède cette synthèse des expériences françaises publiées (40).

### **IV.1. Définition de la sortie précoce de maternité**

La date de sortie habituelle est J4/J5 pour un accouchement par voie basse et J7/J8 après une césarienne, J0 étant le jour de la naissance.

La définition du RPDA retrouvée dans les publications d'expériences françaises est une sortie à J3 pour un accouchement par voie basse et à J5 pour un accouchement par césarienne (J0 étant le jour de naissance) (19,41-43).

Dans une enquête (44) effectuée en Isère, les professionnels de la naissance interrogés donnent des définitions très variables de la sortie précoce, la situant entre J1 et J4, soit « ... toute sortie avant la date prévue classiquement par la maternité... ».

### **IV.2. Analyse de la base de données AUDIPOG**

L'étude porte sur un échantillon d'accouchements survenus dans 201 maternités de France, de 1994 à 2002. Les résultats concernant l'évolution de cette pratique depuis 1994 portent sur les grossesses uniques seulement ; le recueil des grossesses multiples était défaillant jusqu'en 1999. Compte tenu des spécificités des départements d'outre-mer, les résultats portent sur les naissances métropolitaines exclusivement.

Les variables étudiées ont été définies à partir des données existantes dans la base, c'est-à-dire la durée du séjour, le mode de sortie de la mère (domicile, transfert ou mutation, contre avis médical, décès) et le mode de sortie de l'enfant (avec sa mère, transfert ou mutation immédiat ou différé, décès). Le retour précoce est fondé sur la durée de séjour qui peut inclure le jour d'admission précédant l'accouchement et être ainsi majorée d'un jour par rapport au délai accouchement-sortie. Les dates d'accouchement et de sortie étant recueillies en jour/mois/année sans les heures, il n'a pas été possible de calculer de délai exact en heures entre l'accouchement et la sortie. À titre de vérification, la variable calculée «délai entre accouchement et sortie » a été confrontée à la variable déclarée «durée de séjour ». La durée de séjour déclarée peut être considérée comme une bonne approximation du délai entre accouchement et sortie.

Le retour précoce à domicile correspond à une pratique encore rare et d'une fréquence très diverse selon l'établissement ou la région. Les résultats sont donc à interpréter avec précaution. En particulier, les valeurs extrêmes observées entre maternités d'une région à l'autre n'ont été présentées qu'à titre purement indicatif, à la demande du groupe, afin d'objectiver la très grande variation de pratiques actuelles concernant le retour précoce.

Globalement, le retour précoce s'adresse à 7% des femmes après l'accouchement, avec des extrêmes allant de 0 % à 65 %. Les maternités ayant le plus recours à cette pratique sont les maternités de CHG et notamment celles qui sont associées à un service de réanimation néonatale (niveau III). Cependant, certaines maternités pratiquent beaucoup plus largement cette sortie précoce, en particulier en Ile-de-France. Ces dernières étant sous-représentées dans cet échantillon AUDIPOG, il conviendrait d'analyser les avantages et les inconvénients de cette pratique à la lumière de leur expérience.

La recherche des facteurs associés au retour précoce permet de définir dans l'échantillon AUDIPOG un profil de couples mère-enfant bénéficiant actuellement d'un retour précoce, et d'en déduire, en se basant sur les pratiques actuelles, une estimation de la proportion de femmes pouvant en bénéficier à l'avenir : 11,0 % des femmes accouchant par voie basse et 9,4 % de celles accouchant par césarienne.

Le rapport de l'analyse de la base de données AUDIPOG est présenté en annexe.

### **IV.3. Premières expériences de sortie précoce de maternité**

**Les premières expériences de RPDA** datent des années 80, à l'hôpital Baudelochque (Paris) à l'initiative du Pr Sureau, et au centre hospitalier de Grenoble depuis 1985.

### **IV.4. Les raisons de la mise en place de sorties précoces de maternité**

Elles sont diverses, notamment en fonction des lieux et des structures hospitalières qui les ont suscitées :

- augmentation de l'activité des maternités :
  - augmentation de la natalité en région Ile-de-France, laquelle se poursuit actuellement (+ 5 % depuis 2000 - source Insee),
  - dans les maternités de type 3, les transferts anténatals, la prise en charge des grossesses pathologiques, l'existence d'unités mère-enfant contribuent à augmenter les taux d'occupation des lits (45). La sortie précoce des mères et des enfants sans pathologie se révèle être un moyen pour pallier la saturation des services (26,46,47),
  - le RPDA est une solution à l'activité croissante de services de maternité de façon à optimiser les capacités d'accueil. C'est le cas le plus souvent des grosses structures (nombre d'accouchements supérieur à 2 000 par an) (48) ;
- travaux de restructuration, comme à l'hôpital Rothschild (49,50) ;
- réponse au désir des femmes et des couples (48,51). En 1993, une enquête réalisée dans les maternités lyonnaises (52) montrait le souhait des mères de sortir précocement avec une prise en charge à domicile par une sage-femme de la maternité ;
- volonté de remédier aux sorties contre avis médical, très fréquentes surtout en milieu défavorisé (45).

La maîtrise des coûts n'est pas citée en soi comme un motif de mise en place des sorties précoces dans les expériences publiées en France. Elle est cependant à l'origine de l'instauration de l'hospitalisation à domicile à l'AP-HP (Baudelochque 1978) (53).

#### **IV.5. Les critères retenus, pour la mère et pour le nouveau-né**

Ces critères seront détaillés et argumentés dans un autre chapitre (voir : IV. Conditions requises pour un RPDA dans la partie *argumentaire*).

Les critères généralement pris en compte sont « une naissance à un terme supérieur à 37 semaines d'aménorrhée, un accouchement ou une césarienne non compliqués, et une évolution favorable pour la mère et l'enfant » (43).

#### **IV.6. Les différents types de structures mises en place**

La gestion des sorties précoces de maternité a suscité de nombreuses initiatives localisées reposant sur des schémas organisationnels très divers. Certains sont prépondérants : l'hospitalisation à domicile (HAD), les réseaux périnataux, les réseaux ville-hôpital, la PMI.

##### **IV.6.1. HAD**

Le service d'HAD réalise le suivi après RPDA (service HAD de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)), ou il participe à ce suivi au sein d'un réseau (CHU Caen, réseau Santé Service, réseau Isère).

Depuis 1992, le réseau Santé Service participe à la prise en charge anténatale et à celle du *post-partum* pour 4 hôpitaux publics : Lagny, Villeneuve-Saint-Georges, Pontoise et Argenteuil. Il s'agit d'un service d'HAD, composé d'une équipe pluridisciplinaire. La cohérence de ce système de suivi tient à la qualité du partenariat entre les différents intervenants (maternités, Santé Service, sages-femmes libérales, pédiatres libéraux, médecins traitants) (54).

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique regroupe 14 maternités de l'AP-HP et 2 maternités conventionnées (Montreuil et Bégin). En 2000, 4 maternités de l'AP-HP recrutaient à elles seules 75 % des entrées du service HAD *post-partum* (26). L'HAD obstétrique a été créée en 1978 comme alternative à l'hospitalisation en cas de grossesses pathologiques, et l'HAD du *post-partum* a vu le jour en 1986 (55). L'HAD intervient dans le cadre des sorties précoces, mais aussi en cas de surveillance et de soins supplémentaires pour la mère ou pour l'enfant (soins de cicatrice, pathologie infectieuse, difficultés d'allaitement, ictère, nouveau-né hypotrophique, etc.) (55). Les demandes de prise en charge en *post-partum* concernent les femmes habitant le secteur géographique desservi par l'AP-HP. Les maternités signalent les patientes au service d'HAD. La sage-femme ou l'infirmière coordinatrice de l'HAD se charge de la coordination des intervenants, et des formalités auprès de la patiente.

La patiente doit satisfaire à un certain nombre de conditions pour bénéficier des services de l'HAD. Elle doit posséder le téléphone, ne pas être isolée, son logement doit être salubre. Son accord est requis, ainsi que l'accord médical pour elle et son enfant.

Un dossier est établi pour permettre la transmission des données et la continuité des soins. Le service d'HAD fonctionne de 8 h 30 à 17 h 30, 7 jours sur 7. Un système de garde prend le relais en dehors de ces plages horaires.

Pour un accouchement par voie basse, l'hospitalisation à la maternité dure 3 jours et le suivi par l'HAD 4 jours supplémentaires (soit 7 jours de suivi au total) ; après une césarienne, la durée de séjour à la maternité est de 4 ou 5 jours, suivis d'une prise en charge en HAD pour 4 à 5 jours supplémentaires.

Le service d'HAD a recours à un réseau de sages-femmes libérales et d'infirmières pour le suivi à domicile (56,57). L'HAD prend en charge une ou deux consultations du médecin traitant ou du pédiatre, si nécessaire. Les médicaments sont fournis sur ordonnance de l'HAD, les examens biologiques ou radiologiques sont réalisés sur prescription des professionnels de l'HAD.

La situation familiale est évaluée de façon globale : une auxiliaire de vie sociale ou une technicienne d'intervention sociale et familiale peuvent être mises à disposition de la famille. Une assistante sociale peut aussi intervenir, si besoin.

Les conséquences économiques de l'HAD sont contradictoires selon les études.

De nombreuses études (du CreDES, notamment (58)) ont montré que l'HAD était un mode de prise en charge moins onéreux que l'hôpital. Dans le cadre du suivi du *post-partum*, cette alternative pourrait s'avérer intéressante. En 2003, le prix d'une journée en HAD obstétrique était de 100,62 € à l'AP-HP (55).

Buscaill et Peyrot (59) vont à l'encontre de ces résultats. Selon ces auteurs, une structure telle que l'HAD impose une organisation lourde et coûteuse. La mise en place d'une telle structure serait très contraignante d'un point de vue administratif et économique : création de postes de sages-femmes d'HAD, mise à disposition de locaux et d'équipements nécessaires, permanence de soins. L'intérêt économique d'une HAD serait loin d'être démontré (59,60).

#### IV.6.2. Sages-femmes détachées de la maternité

La maternité de Montmorency et l'hôpital Édouard-Herriot à Lyon ont choisi cette option (SOPREA = Sortie PRÉcoce après Accouchement). Elle présente l'avantage de constituer un véritable prolongement du service. Les sages-femmes responsables du suivi appartiennent à l'équipe, connaissent les protocoles, rencontrent les patientes dès leur séjour en suites de couches, participent au staff du service, connaissent leurs interlocuteurs en cas de problème.

À Eaubonne-Montmorency en 2001, deux sages-femmes étaient affectées aux soins à domicile. L'investissement initial englobait le coût des véhicules (18 294 €), les balances (213 €), les bilirubinomètres (10 671 €) et deux sacs (107 €). Les frais annuels comprenaient le salaire des sages-femmes (79 578 €), deux véhicules (amortissement : 3 659 € carburant : 2 134 €), le petit matériel et la pharmacie (1 067 €). Le coût de fonctionnement annuel était donc de 86 439 €, ce qui correspond à 237 € de dépenses par jour (26).

Dans le cas de l'hôpital Édouard-Herriot de Lyon, les sages-femmes sont salariées de l'hôpital qui les délègue à l'extérieur de ses murs. Les patientes sont considérées comme sorties de l'hôpital dès le jour de leur départ, et leur prise en charge ultérieure, bien que réalisée par les sages-femmes de l'hôpital avec les ordonnances de l'hôpital, n'est pas considérée comme une réhospitalisation. L'hôpital est indemnisé par la sécurité sociale pour tous ses frais, dans le cadre du forfait de prise en charge de maternité (19).

#### IV.6.3. Sages-femmes libérales

Elles interviennent par l'intermédiaire de services d'hospitalisation à domicile (55) (Paris, Santé Service HAD Puteaux), dans le cadre d'un réseau de soins (Isère) ou

individuellement dans le cadre d'un accompagnement global des patientes (suivi de la grossesse, accouchement et suivi du *post-partum*).

Un arrêté du 6 juin 2001 a modifié la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Dans sa deuxième partie, titre XI (actes portant sur l'appareil génital féminin), les dispositions du chapitre II (actes liés à la gestation et à l'accouchement) relatives à la rubrique 8 (notations propres à la sage-femme) ont été réécrites.

Elles prévoient un forfait pour chaque jour de surveillance à domicile en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), du jour de la sortie à J7 :

1. Pour un enfant :
  - Pour les deux premiers forfaits : SF16 (42,40 €)
  - Pour les autres forfaits : SF12 (31,80 €)
2. Pour deux enfants ou plus :
  - Pour les deux premiers forfaits : SF21 (55,65 €)
  - Pour les autres forfaits : SF17 (45 €)

Ainsi, lorsqu'une femme sort avant J7 et que sa surveillance postnatale est confiée à une sage-femme libérale, celle-ci doit être rémunérée. Elle facture un forfait journalier en cas de sortie précoce pour la mère et l'(les) enfant(s) à domicile du jour de la sortie à J7 : dans cette formule, la caisse primaire d'assurance maladie rembourse des soins en plus du budget global qui incluait cette surveillance. Le suivi postnatal d'une femme sortie à J3 est payé 2 fois de J4 à J7 inclus.

#### IV.6.4. Services de soins infirmiers à domicile

Le plafond du tarif journalier de soins applicable aux services de soins infirmiers à domicile est fixé à 32,57 € pour l'année 2001 par le ministère de la Santé (arrêté du 2 janvier 2002 pris en application de l'article 13 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981). « Les frais afférents aux soins à domicile dispensés aux assurés sociaux sont supportés par les régimes d'assurance maladie et leur montant est versé au service de soins sous la forme d'un forfait global annuel.

Ces frais comportent la rémunération des infirmiers et autres personnels soignants employés par le service, le coût de la fourniture du petit matériel médical, les frais de déplacement du personnel ainsi que les frais généraux de fonctionnement du service » (26).

#### IV.6.5. PMI

Les missions de la protection maternelle et infantile (PMI) sont définies par la loi du 18 décembre 1989 et consistent, entre autres, à « organiser les mesures de préventions médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et des enfants ». Elle intervient en priorité dans le suivi des familles vulnérables (26,41). Les professionnels appartenant à la PMI sont multiples : médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, assistants sociaux, etc. Leur atout majeur est d'être des partenaires de proximité et d'avoir une connaissance du terrain qui les rend très performants dans le suivi des familles en difficulté. « Ces services sont un outil indispensable auprès des populations vulnérables par la gratuité des soins dispensés et leur action médico-sociale notamment à domicile. » (61)

Les services de PMI n'ont pas vocation à assurer le suivi des sorties précoces de maternité et cette activité peut se faire au détriment d'autres missions de la PMI (41,62). Cependant, dans certains départements, les services de PMI ont réservé des créneaux de consultation spécifiques pour les nouveau-nés sortis précocement. En région Ile-de-France, les établissements hospitaliers, qui sont parfois contraints d'effectuer des sorties précoces en raison de leur activité, sollicitent les services de PMI pour prendre le relais de l'hospitalisation (41,63). Quand le RPDA est organisé, la PMI intervient essentiellement lorsque le suivi à domicile doit être prolongé au-delà du délai « habituel » : difficultés socio-économiques voire précarité, fragilité psychologique, soutien à la parentalité.

#### IV.6.6. Réseau périnatal

Dans le Haut-Nivernais, un réseau périnatal a été créé en 1995 pour coordonner la prise en charge des femmes enceintes, identifier précocement les grossesses à risque (médical et/ou psychosocial) et orienter les patientes vers la structure adaptée à leur niveau de risque. La sage-femme du réseau est « l'élément central et fédérateur du réseau » ; elle est mise à disposition par les services de PMI du département (évaluation réseau Haut-Nivernais) (64,65). Des suivis du *post-partum* dans le cadre du RPDA sont possibles dans le cadre de ce réseau.

En Isère, le réseau de soins en obstétrique intègre des sages-femmes de tous modes d'exercice (territorial, libéral, hospitalier, HAD). Il est officialisé depuis 2000 par une convention signée par les sages-femmes libérales de l'Isère, le CHU de Grenoble et le conseil général. Ce réseau offre une prise en charge périnatale dont peuvent bénéficier les femmes enceintes, les accouchées et les nouveau-nés. Un cahier des charges permet au prescripteur d'un suivi à domicile d'identifier la sage-femme qui offre la prise en charge la plus appropriée, en termes de mode d'exercice et de secteur d'activité. Treize critères sont définis, qui tiennent compte de la complexité des soins, de la continuité des soins, de la rapidité d'intervention de la sage-femme et du contexte social de la famille.

Dans les Hauts-de-Seine, le réseau périnatal ville-hôpital « Périnat 92 Sud » (66), créé en 1999, couvre la partie sud du département. L'organisation du suivi des RPDA figure parmi ses objectifs. Tous les intervenants en périnatalité peuvent en faire partie. Ils exercent dans les maternités publiques ou privées, dans les services d'HAD de l'AP-HP, en PMI, dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), en pédopsychiatrie ou dans le secteur libéral. Une infirmière coordinatrice de l'HAD intervient quotidiennement en maternité pour le recueil et la transmission des informations médicales, sociales et psychologiques. Une réunion hebdomadaire systématique entre les intervenants de PMI et les professionnels de maternité permet l'échange d'informations. Une fiche individuelle pour chaque naissance est remise à l'équipe de PMI. La transmission d'informations aux médecins libéraux n'est pas systématique (en dehors du compte rendu d'hospitalisation). Le contact a lieu uniquement en cas de pathologie ou à la demande de la patiente. Des formations communes aux différents acteurs sont organisées.

## **IV.7. Les professionnels impliqués**

### **IV.7.1. Les sages-femmes**

Dans la plupart des organisations mises en place en France (48,51), ce sont des sages-femmes qui assurent le suivi du *post-partum* à domicile en cas de RPDA.

Il peut s'agir de sages-femmes dépendant de la structure d'hospitalisation à domicile (HAD Paris), de sages-femmes détachées d'un service hospitalier pour cette mission de suivi à domicile (48), de sages-femmes libérales (HAD Paris) ou parfois de sages-femmes de PMI (67).

### **IV.7.2. Les médecins**

Des médecins généralistes sont sollicités par certaines maternités pour la surveillance du *post-partum* (68).

Les pédiatres libéraux sont impliqués dans le suivi des enfants et interviennent en relais des équipes de maternité ou des équipes chargées des suivis (69).

### **IV.7.3. Autres professionnels**

Dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires, d'autres professionnels participent au suivi après RPDA : puéricultrices de PMI, psychologues, assistantes sociales (41,54).

### **IV.7.4. Les associations d'aide aux mères**

Les associations de service d'aide à domicile ([www.admr.org](http://www.admr.org)) emploient des techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) et des auxiliaires de vie sociale (AVS). Certains projets prévoient le recours systématique aux TISF ou AVS avec une prise en charge financière par la caisse d'allocations familiales ou par le conseil général.

D'autres associations peuvent être impliquées : associations de soutien à l'allaitement maternel, associations de femmes migrantes (41,43).

## **IV.8. La surveillance et les modalités du suivi**

La surveillance est le plus souvent identique à celle qui serait effectuée en hospitalisation. Les professionnels soulignent l'avantage d'un suivi à domicile qui permet d'évaluer plus globalement les conditions d'accueil du nouveau-né dans son environnement familial. Le temps de la visite à domicile est un temps de contact privilégié entre le professionnel et la famille. Il permet une prise en charge plus personnalisée.

La prise en charge peut parfois s'étendre au-delà des traditionnels 5 jours de suivi en *post-partum*, si la situation médicale le justifie (48,69,70). Selon le type de dispositif, le suivi n'est pas toujours assuré 7 jours sur 7. Des permanences téléphoniques servent parfois de relais en dehors des heures d'ouverture de la structure de suivi (48,52).

## **IV.9. La couverture sociale**

La sécurité sociale prend en charge à 100 % les frais relatifs au suivi à domicile (48,55), quand il est effectué dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ou du suivi par une équipe détachée d'un établissement hospitalier.

En l'absence de couverture sociale, la patiente n'est pas remboursée du suivi, s'il est réalisé par une sage-femme libérale, mais elle bénéficie des services de la PMI, ce qui

peut l'inciter à opter pour une sortie précoce. Dans la majorité des cas cependant, la patiente peut bénéficier de la couverture médicale universelle (CMU).

La surveillance postnatale incluse dans le forfait d'accouchement (152,45 €) a été réduite de 12 à 7 jours depuis l'arrêté du 27 juillet 1999 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « Accouchement et actes complémentaires ». La cotation de l'accouchement comporte les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant en dehors de problèmes pathologiques) pendant le séjour en maternité, du jour de l'accouchement à J7 inclus. La réduction de coûts apportée par les RPDA pour la sécurité sociale n'est donc pas évidente puisqu'elle continue à payer le même forfait au service hospitalier quel que soit le type de sortie utilisé (19). L'éclatement du forfait accouchement permettrait de ne pas pénaliser les sages-femmes exerçant dans le cadre du suivi global, en séparant l'accouchement et le suivi postnatal.

Les femmes enceintes, ayants droit d'un assuré social ou personnellement assurées, peuvent bénéficier d'une assurance maternité dont l'un des avantages est le remboursement des frais d'accouchement et de séjour dans la limite de 12 jours (et non plus 7 comme prévu par l'arrêté du 27 juillet 1999 modifiant la NGAP).

#### **IV.10. Charte, règlement intérieur**

Des chartes de fonctionnement définissent les principes d'admission et de sortie des patientes dans le cadre des structures d'HAD.

Dans le réseau périnatal de l'Isère, une convention est validée et signée par les différents partenaires du réseau (71). Un comité de pilotage, composé de membres représentant les différents signataires de la convention, valide les orientations du réseau, émet des propositions d'actions et fixe des objectifs (69).

#### **IV.11. Les responsables du suivi à domicile**

Le professionnel responsable varie selon le type de la structure de suivi : sage-femme coordonnatrice, médecin, etc.

#### **IV.12. La zone d'intervention**

Dans les différents dispositifs décrits dans les expériences françaises, la zone d'intervention des professionnels est déterminée dans la charte de fonctionnement du dispositif (44,48,52,55). Un annuaire des coordonnées et des zones d'intervention des différents partenaires est utilisé pour orienter les patientes.

#### **IV.13. Les évaluations**

##### **IV.13.1. Le rapport d'activité**

Le rapport d'activité annuel (72,73) est un des éléments permettant d'évaluer la structure. Il relève le nombre de patientes prises en charge, le nombre de visites assurées, le pourcentage de femmes césarisées, etc.

#### IV.13.2. Le taux de femmes bénéficiant de la sortie précoce

Ce sont les multipares qui sont le plus demandeuses de sortie précoce. Elles se remettent généralement plus rapidement de l'accouchement, souhaitent réintégrer le domicile afin de retrouver leurs autres enfants et se sentent suffisamment expérimentées pour assumer les soins à leur nouveau-né (44).

Le pourcentage de primipares et de femmes césarisées bénéficiant de la prise en charge dans le cadre du RPDA tend à augmenter (48) au fil des années et de l'expérience acquise par les équipes de professionnels dans la pratique du RPDA (HAD Paris).

À Lyon, en 2001 26,4 % des patientes ont bénéficié du suivi SOPREA. Les suites de césariennes y représentaient 20 % des patientes suivies à domicile (45).

#### IV.13.3. La satisfaction des patientes

Les familles interrogées expriment pour la grande majorité leur satisfaction d'avoir bénéficié d'une sortie précoce, accompagnée d'un suivi à domicile. La quasi-totalité des patientes souhaite renouveler l'expérience, lors d'une grossesse ultérieure (19,51,73).

#### IV.13.4. Les taux de morbidité maternelle et/ou néonatale

Les études publiées par les équipes françaises ne mentionnent pas d'augmentation de morbidité maternelle et/ou néonatale. Cependant, les populations étudiées ne représentent pas des échantillons de taille suffisante pour apprécier valablement de tels critères.

#### IV.13.5. L'évaluation des réseaux périnataux

Une évaluation de l'application des référentiels et des protocoles d'appel a été réalisée par le réseau de soins en obstétrique de l'Isère. Elle montre que l'orientation des patientes et des nouveau-nés, selon les critères établis par le référentiel, n'est pas toujours respectée. Une révision de l'annuaire du réseau et des critères d'orientation est proposée à l'issue de l'évaluation. Une adaptation du référentiel est également envisagée, afin de le rendre plus pratique pour les professionnels prescripteurs et donc plus performant (69).

Le réseau de santé du Haut-Nivernais (64) réalise une évaluation globale qui comporte une analyse de l'activité et du fonctionnement du réseau et une analyse qualitative tenant compte de la satisfaction des patientes et de celle des professionnels du réseau.

### IV.14. Les difficultés

Les difficultés citées sont :

- le manque d'anticipation dans l'organisation des sorties ;
- la difficulté d'assurer une continuité de suivi du RPDA et donc des soins pendant les vacances et les week-ends ainsi que dans le cadre de la mise en place des 35 heures (48).

La « pénurie » de sages-femmes oblige parfois à former des puéricultrices pour assurer le suivi maternel, afin que la structure puisse fonctionner.

Une politique de RPDA suscite une surcharge de travail importante pour les professionnels des maternités : une « densification » des soins pour les équipes médicales et soignantes, ainsi que du travail supplémentaire de secrétariat (68,73).

---

## ARGUMENTAIRE

---

### I. DÉFINITION

Le comité d'organisation de l'Anaes a défini le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) comme étant le « *retour à domicile de la mère et de son nouveau-né dans les 48 heures suivant la naissance après un accouchement par voie basse non compliqué, et dans les 96 heures suivant la naissance après un accouchement par césarienne* ».

Le jour de l'accouchement n'étant pas comptabilisé, le calcul en heures démarre à 0 heure le lendemain de la naissance.

Cette définition est identique à celle proposée par les recommandations de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) et de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) (7) ainsi que celle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (14).

#### I.1. Les motifs initiaux

##### I.1.1. Pallier la « saturation » des maternités

Depuis une vingtaine d'années, on observe une diminution régulière de la durée de séjour en maternité : elle est passée de 6,7 jours à 4,7 jours dans le secteur public et de 6,7 jours à 5,5 jours dans le secteur privé, de 1975 à 1996 (74).

Pendant cette même période, le « paysage » obstétrical français a considérablement évolué. Entre 1975 (parution du décret Dienech en 1972) et 1996, le nombre des maternités est passé de 1 369 à 814.

Depuis, le phénomène de restructuration et de concentration des lits s'est encore accentué.

Au 31 décembre 2000, le nombre des maternités avait diminué de 16 % par rapport à 1996 (700 maternités recensées) et le nombre de lits avait diminué de 6 %.

Ceci a entraîné une intensification de l'activité des maternités restantes, surtout marquée dans les maternités de niveau 2 et 3. On observe une augmentation de 8,9 % des accouchements dans ces maternités, alors que l'augmentation de leur nombre de lits n'a été que de 7,4 % sur la même période (1996 à 2000) (75).

Certains établissements ont dû réduire la durée d'hospitalisation après l'accouchement pour pallier le manque de lits disponibles.

Les décrets de périnatalité (octobre 1998) ont incité les établissements à constituer des réseaux de collaboration à l'intérieur des régions, car : « *la prolongation de séjour dans les maternités de niveau 3 des mères et des nouveau-nés ayant des pathologies conduit au raccourcissement des séjours des mères et enfants sans pathologie* » (46).

##### I.1.2. Pouvoir répondre aux demandes exprimées par les mères et les couples

Plusieurs publications (52,76,77) font état du désir des patientes et des couples de sortir précocement.

Inversement, les patientes ne sont pas satisfaites si elles perçoivent le RPDA comme une obligation (31,78-81). Lorsque le RPDA n'a pas été préparé pendant la grossesse, il est davantage « subi » que souhaité par les familles. Elles perçoivent alors le besoin sous-jacent de disponibilité de lits (48), et Reeve (81) estime à moins de 25 % le taux de couples qui souhaitent expressément un RPDA.

On observe une augmentation du nombre de demandes de sortie plus rapide de maternité (J2/J3) de la part des multipares, essentiellement pour des raisons d'organisation familiale. L'absence de famille proche incite les mères à demander un raccourcissement de leur séjour en maternité, afin de pouvoir s'occuper des autres enfants.

En Suède, les premiers projets de RPDA avaient pour but d'offrir aux nouvelles familles l'opportunité de se retrouver plus tôt ensemble et de promouvoir le contact parent-enfant (32).

### I.1.3. Maîtrise des coûts

Selon un extrait du Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie (82), « *il n'est plus possible de faire abstraction des contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé comme sur l'ensemble de la protection sociale* ».

La réduction de la durée de séjour en maternité depuis ces 30 dernières années est liée, dans de nombreux pays, à la volonté de limiter les dépenses de santé. Mais les contraintes sont différentes selon les pays : en France, l'un des facteurs déterminants de la mise en place du RPDA est la nécessité d'accélérer le taux de rotation des lits dans les services de maternité et d'augmenter la capacité de prise en charge des naissances à moyens constants.

Peu d'études expriment clairement que la mise en place d'un RPDA a été réalisée en partie en raison de contraintes économiques (aux États-Unis, notamment) ou organisationnelles (en France, particulièrement).

Apporter la preuve, pour une structure donnée, d'une diminution du coût direct hospitalier supérieur au coût d'une prise en charge extra-hospitalière impose une étude économique approfondie, qui ne saurait être généralisée à l'ensemble des modes organisationnels rencontrés.

## I.2. Les enjeux actuels et à venir

Au-delà de la pérennisation prévisible des contraintes humaines et économiques évoquées plus haut, la motivation de nombre d'acteurs de santé désireux de développer et structurer le RPDA s'articule autour d'axes principaux :

- la recherche d'une qualité optimale des soins et services offerts à l'accouchée et à son enfant, en termes de santé physique, d'épanouissement psychologique et d'accompagnement social ;
- la réponse au désir de nombreux couples : retour à une moindre médicalisation de la naissance, meilleure intégration des événements que sont la naissance et l'accueil de l'enfant au sein de la famille.

## II. QUELS SONT LES BÉNÉFICES À ATTENDRE DU RPDA ?

L'évaluation des bénéfices et risques potentiels du RPDA reste difficile. En effet, nombre d'études françaises et étrangères n'ont pas une qualité méthodologique permettant de valider leurs conclusions (27,79,83). Les défauts les plus fréquemment rencontrés sont l'existence de biais de sélection, une puissance limitée (taille insuffisante des échantillons au regard de la rareté de survenue des événements observés), le mauvais appariement des groupes de contrôle, une randomisation absente ou mal respectée.

### II.1. Pour la mère et la famille

#### II.1.1. Rapprochement familial

La sortie précoce de maternité prend davantage en compte la dimension familiale de la naissance, en limitant la séparation avec les aînés (84), et en permettant au père de s'impliquer plus rapidement dans les soins au nouveau-né (37).

Le contact plus rapide des aînés avec le nouveau-né dans le contexte familial constitue un avantage psychologique certain pour les familles (32).

Les mères appréhendent souvent les réactions de leurs autres enfants à leur hospitalisation en maternité et invoquent souvent cette raison pour motiver leur demande de sortie précoce.

La mère s'adapte plus facilement au rythme du nouveau-né à domicile (85) et le cadre familial favorise une meilleure récupération (27,31,37,56,79,84).

Les soins prodigués à domicile en cas de RPDA s'intègrent dans une perspective familiale tout en respectant l'intimité familiale (18).

#### II.1.2. Satisfaction des mères et des couples

*« Le choix d'un jour de sortie que le patient estime approprié est l'un de ses critères de satisfaction »* (86).

Les études françaises et étrangères montrent la satisfaction des patientes et de la famille en cas de RPDA (45,80,87,88), la réduction de séjour répondant au désir des mères et des couples (76,77,81,89). Boulvain (27) ne trouve cependant pas de différence, en termes de satisfaction, entre les patientes d'un groupe « sortie précoce et suivi à domicile » et celles d'un groupe à durée de séjour traditionnelle.

L'analyse critique de la littérature antérieure à 1997 (79) souligne les limites d'interprétation de ces études, le volontariat vis-à-vis du RPDA constituant un important biais de sélection (32,90).

Le suivi à domicile par une sage-femme est vécu comme un point positif par les patientes (52) et intervient autant dans la satisfaction que le fait d'avoir pu rentrer plus tôt à la maison (45).

#### II.1.3. Diminution du risque d'infections nosocomiales

Les facteurs de risque d'infections nosocomiales en obstétrique sont 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 (91).

#### II.1.4. Encouragement à l'autonomie de la mère

Les professionnels en maternité ont un rôle d'accompagnement des mères vers l'autonomie.

Un des objectifs du séjour en maternité est d'enseigner à la mère les soins à son nouveau-né.

La sortie précoce, si elle est souhaitée par le couple et organisée avec un suivi à domicile, apporte un gain en autonomie à la mère, la renforce dans sa capacité à se sentir mère (31) et lui renvoie une image positive d'elle-même.

Small (92) montre que les mères qui ont choisi de sortir tôt ont plus confiance en elles et se sentent mieux 8 à 9 mois après la naissance, par rapport à un groupe témoin.

Les femmes vivent l'assistance des professionnels de la maternité comme une suppléance à leur carence vis-à-vis des soins au nouveau-né (93).

Les avis parfois discordants et multiples des professionnels en maternité (93,94) déstabilisent les mères. Être trop « assistée » en maternité n'encourage pas la mère à l'autonomie.

La mère, rassurée par la visite à domicile d'un professionnel après la sortie, et enrichie par sa propre expérience, aurait plus confiance en ses capacités (95).

### II.2. Pour l'enfant

#### II.2.1. Lien mère-enfant renforcé

Un bébé n'existe et ne « survit » psychiquement qu'au travers des relations qui s'établissent dans le maternage et le nursing entre lui et les personnes de son entourage.

Ainsi, la relation précoce mère-enfant va s'appuyer sur 3 notions fondamentales : la préoccupation maternelle primaire, articulée aux processus d'attachement, va conduire au processus de maternage (répondre aux besoins physiques et physiologiques du bébé contribue à un échange de liens sélectifs et privilégiés, de l'ordre de la communication). Le bébé accédera à une certaine tranquillité émotionnelle à travers la cohérence des soins mais aussi dans le repérage d'un sentiment de continuité. Le domicile, lieu rassurant pour ses parents, connu en anténatal, ne peut que contribuer à ce sentiment de continuité à condition que ses parents soient eux-mêmes dans une sécurité affective. Le repérage de cette continuité sera également facilité par la réduction du nombre d'intervenants (réduits à ses parents et non à toute une équipe).

#### II.2.2. Diminution du risque d'infections nosocomiales

Les infections cutanées et ombilicales nosocomiales sont habituellement considérées comme le témoin d'une baisse de la qualité des soins (91) mais il est toujours difficile de déterminer s'il s'agit d'une infection nosocomiale ou d'une infection materno-fœtale.

La diminution du risque d'infections nosocomiales en cas de RPDA s'expliquerait par la limitation du nombre de personnes réalisant les soins, en particulier les soins de cordon. Cependant, la surcharge de travail liée aux séjours courts peut aussi être la cause d'une rigueur moindre dans les techniques de lavage des mains.

La revue de la littérature n'a pas permis d'identifier des études évaluant spécifiquement l'impact du RPDA sur les infections nosocomiales. Ce bénéfice reste donc à confirmer.

### **II.3. Pour le père et la famille**

#### **II.3.1. Meilleure implication, renforcement de la paternité**

Le raccourcissement du séjour en maternité solliciterait davantage le père pour une participation aux tâches ménagères et aux soins prodigués au nouveau-né. Cette implication précoce du père auprès du nouveau-né permettrait un renforcement de la paternité (31).

Depuis le 01/01/02, un congé de paternité d'une durée de 11 jours (18 jours en cas de naissances multiples) est accordé aux pères dans les 4 premiers mois suivant la naissance. En cas de sortie précoce, ce congé de paternité facilite la contribution du père aux tâches ménagères et son soutien à la mère.

En 2002, 250 000 pères (affiliés au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, des professions indépendantes et professions agricoles) ont bénéficié de ce congé (96). Selon le rapport de la Drees, la quasi-totalité des pères interrogés considèrent qu'ils ont aidé la mère à la fois sur le plan matériel (tâches ménagères) et psychologique (soutien dans cette période de fatigue et de stress). Ils expriment leur satisfaction d'avoir pu s'occuper du nouveau-né et d'avoir partagé un moment fort de la vie familiale.

#### **II.3.2. Pour la fratrie**

Le RPDA limite les problèmes de garde d'enfants liés à l'hospitalisation de la mère. Les enfants aînés apprécient la diminution du temps d'absence de leur mère liée à l'hospitalisation.

Le RPDA favorise les interactions familiales (85) et la création des liens. Le vécu et l'acceptation du nouveau-né s'en trouveraient améliorés.

### **III. QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS DU RPDA ?**

Les complications médicales du *post-partum* n'étant pas toujours prévisibles (85), le RPDA pourrait entraîner des risques pour la mère et l'enfant, s'il altère la continuité de leur surveillance médicale. Ces risques potentiels sont liés au retard au diagnostic et à la prise en charge de la mère et de l'enfant (51). Il importe de bien cerner ces écueils afin de les anticiper lors de la création d'une structure de RPDA, et pour chaque accouchée lorsqu'un RPDA est envisagé.

#### **III.1. Pour la mère**

Les complications maternelles (1,50,97-99), surtout celles entraînant une réhospitalisation, sont rares (entre 0 et 1,9 %) (13), à condition que la sélection des femmes soit rigoureuse et que la population sélectionnée soit à bas risque médical, psychologique et social (32,98,100,101).

Une méta-analyse réalisée par le CETS (13) ne permet pas de conclure à une relation entre les réadmissions maternelles et le RPDA. Les résultats des études sélectionnées

dans la méta-analyse provenaient de programmes de RPDA structurés, avec des critères de sélection définis et un dispositif de suivi.

Les femmes dont la grossesse est pathologique ont des risques augmentés de ré-hospitalisation ou de recours aux services de santé (102).

### III.1.1. Infections

Les complications infectieuses représentent la plupart des causes de réadmissions maternelles (1,101,103). Les infections du *post-partum* sont les endométrites, les infections urinaires, les infections de la plaie périnéale ou de l'incision de césarienne et les mastites. Le RPDA pourrait entraîner un retard au diagnostic et à la prise en charge de ces infections (85). La plupart des auteurs (27,32,97,98) concluent que les complications infectieuses sont rares, surtout si la sélection des mères éligibles est rigoureuse. Cependant, ces études n'ont pas toujours la puissance statistique suffisante pour détecter les effets du RPDA sur la morbidité liée aux infections (78).

Les facteurs de risque infectieux doivent donc être soigneusement évalués (100,104) (annexe 2) :

- hémorragie pendant la grossesse, le travail ou la délivrance ;
- rupture prématurée des membranes (> 6 heures) ;
- hyperthermie pendant le travail ;
- travail long ;
- touchers vaginaux répétés (> 10) ;
- césarienne ;
- manœuvres à l'accouchement ;
- gestes endo-utérins (tocographie interne, délivrance artificielle) ;
- plaie vulvaire, vaginale ou périnéale.

Une femme candidate au RPDA doit être apyrétique depuis au moins 12 heures (105). Une fièvre de 38°, constatée deux fois à moins d'une heure d'intervalle, pendant le travail ou après l'accouchement contre-indique le RPDA (14).

### III.1.2. Césariennes

La césarienne comporte davantage de risques thrombo-emboliques, hémorragiques et infectieux qu'un accouchement par voie basse, surtout si elle est réalisée en urgence ou après un travail long (1,18,100). Elle nécessite un dépistage rigoureux des complications postopératoires. Les femmes ressentent plus d'inconfort et ont plus besoin d'aide et de soutien pour les soins aux nouveau-nés.

En cas de césarienne, le risque infectieux représente la cause de morbidité la plus fréquemment retrouvée (1,103,106). Cependant, la plupart des femmes césarisées sont issues d'une population jeune et en bonne santé et tolèrent bien l'intervention chirurgicale (87,107).

Strong (107) a étudié une population de 117 femmes césarisées, issues de milieux socio-économiques moyens ou bas et sorties 48 heures après la césarienne. Les critères d'éligibilité au RPDA étaient : une grossesse normale, une incision de Pfannenstiel, une cicatrice propre et non inflammatoire, pas de complications opératoires, pas de suites fébriles, des signes vitaux normaux, une auscultation abdominale normale, une miction normale, la capacité de la mère à se déplacer sans aide et le désir de la mère de sortir précocement. Strong conclut que le RPDA n'augmente pas le risque de morbidité dans une population rigoureusement sélectionnée. L'observation stricte des

critères de sélection, l'information anténatale et la volonté des patientes de sortir précocement sont les conditions à respecter.

Brooten (87) a étudié deux groupes de 61 femmes césarisées (césariennes non programmées) sorties précocement et après un séjour « normal ». Le premier groupe était sorti 30,3 heures plus tôt que le second groupe (86 heures +/- 20 heures contre 116 heures +/- 30 heures). Les deux groupes ont bénéficié d'un suivi après sortie par des infirmières spécialisées dans les soins à domicile. Le suivi était réalisé 8 semaines après la naissance. Les femmes sorties précocement ont eu au moins 2 visites à domicile et 10 appels téléphoniques durant les 8 semaines.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans les réhospitalisations et le nombre de visites entre les deux groupes. La plupart des motifs de réhospitalisation ou de soins supplémentaires étaient liés à des complications de la plaie chirurgicale. Les femmes sorties précocement étaient plus satisfaites des soins qui leur sont prodigués. Brooten concluait que le RPDA après césarienne est sûr, à la condition d'un suivi à domicile par des infirmières spécialisées.

Une étude de Lydon-Rochelle (103) a eu pour objectif de déterminer les risques associés aux réhospitalisations maternelles, après un accouchement normal, assisté ou par césarienne. La population étudiée était constituée de 256 795 primipares ayant accouché entre 1987 et 1996 dans l'État de Washington et qui n'avaient pas d'antécédents médicaux particuliers. Le risque de réhospitalisation a été étudié sur 213 895 femmes (soit 83,2 %) qui n'ont pas présenté de complications pendant la grossesse ou pendant le travail. Le risque de réhospitalisation a été étudié en fonction de la durée de séjour de la femme : le RPDA était une sortie dans les 24 heures suivant la naissance pour un accouchement par voie basse, avant 3 jours après une césarienne ; une durée de séjour intermédiaire était une sortie à J2 pour un accouchement par voie basse et entre J3 et J5 pour une césarienne ; et une sortie était tardive si la sortie avait lieu après J2 pour un accouchement par voie basse et au-delà de 6 jours pour une césarienne.

3 149 femmes (soit 1,2 %) ont été réadmissées à l'hôpital dans les 60 jours suivant la naissance. Les femmes césarisées avaient un risque 2 fois plus élevé d'être réhospitalisées que celles ayant accouché par voie basse :  $RR_{IC95} = 1,8 (1,6-1,9)$ . Les femmes ayant eu un accouchement assisté (forceps ou ventouse obstétricale) ont un risque de réhospitalisation légèrement augmenté mais statistiquement significatif, par rapport aux femmes ayant accouché normalement :  $RR_{IC95} = 1,3 (1,2-1,4)$ .

En comparaison avec les femmes ayant accouché par voie basse, les femmes césarisées étaient le plus souvent hospitalisées pour endométrite :  $RR_{IC95} = 2,0 (1,7-2,4)$ , cholécystite, infection urinaire, complication de la plaie opératoire, pathologie thrombo-embolique et cardio-pulmonaire. Les femmes ayant accouché par voie basse assistée avaient un risque plus élevé de réhospitalisation pour hémorragie du *post-partum*, infection génito-urinaire et complication liée aux plaies périnéales. Les hospitalisations des accouchements normaux étaient très peu fréquentes (1 %).

Quel que soit le mode d'accouchement, les complications infectieuses étaient les plus fréquentes.

L'étude ne montrait pas de lien entre RPDA ou retour plus « tardif » et risque de réhospitalisation. Un risque légèrement diminué était noté pour les femmes sorties après une durée de séjour « intermédiaire » (J2 pour un accouchement normal et entre J3 et J5 pour une césarienne).

### III.1.3. Hémorragies

Le risque hémorragique initial est maximal dans les 24 premières heures après la naissance.

L'hémorragie des suites de couches survient du deuxième au trentième jour suivant la naissance. Ce type d'hémorragie touche environ 1% des femmes (1,18). Il y a 3 causes principales à cette hémorragie :

- l'infection puerpérale (104) ;
- la rétention placentaire ;
- l'inertie utérine.

Les femmes doivent donc être informées de ce risque hémorragique et savoir quand elles doivent éventuellement consulter.

Ces hémorragies même modérées peuvent être à l'origine d'une anémie, d'autant que la perte sanguine après l'accouchement est très souvent sous-évaluée (104,108).

### III.1.4. Prise en compte de la gestion de la douleur plus aléatoire

Le RPDA ne permettrait pas une gestion satisfaisante de la douleur (16).

La douleur du *post-partum* est une réalité mieux appréhendée aujourd'hui. Il s'agit surtout de douleurs postopératoires de la césarienne, de douleurs du périnée liées à l'épisiotomie et de douleurs liées à l'allaitement maternel (109,110). Leur intensité est désormais reconnue et évaluée par les équipes soignantes. La prise en charge de la douleur est performante, surtout si l'emploi d'analgésiques est systématique et précoce (110).

En cas de césarienne, l'analgésie est préconisée au moins durant 2 à 3 jours de façon systématique, et le plus souvent pendant les 3 à 5 premiers jours. Après un traumatisme périnéal, un traitement analgésique du *post-partum* est proposé, à débiter dès la salle de naissance (110).

Les douleurs liées à l'allaitement maternel sont une des premières causes invoquées par les femmes comme motif de son abandon. La plupart de ces douleurs peuvent être prévenues par des conseils sur la position adéquate du nouveau-né au sein. La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une candidose (111).

Les mères craignent de ne pas pouvoir bénéficier à domicile d'une réponse immédiate à la douleur, si elle se manifeste (13). La prescription d'analgésique doit tenir compte de la précocité de la sortie, et de la capacité de la mère à gérer cette prescription. La prescription peut être réajustée si nécessaire lors des visites de suivi à domicile.

### III.1.5. Fatigue

La grossesse et l'accouchement représentent un bouleversement physique et psychologique. La mère a un besoin légitime de repos pendant la période des suites de couches, phase d'adaptation et de récupération. Garrand (93) rapporte que « *l'idée selon laquelle une nouvelle accouchée doit bénéficier d'un repos réparateur est constante dans l'esprit des femmes, mais elles ne le revendiquent pas comme un droit* ». Une enquête réalisée dans le Finistère en 1998, afin de connaître l'opinion des femmes sur l'opportunité de la sortie précoce, montre que les mères désirent prolonger le séjour en maternité pour se reposer (56). La fatigue de l'accouchement, celle liée aux tâches domestiques et celle liée aux autres enfants constituent un obstacle au désir de rentrer plus tôt à la maison.

Néanmoins, le repos est-il possible en maternité ? Les études retrouvées sont contradictoires et portent sur des effectifs de femmes interrogées peu importants. Lors d'une étude interrogeant 100 mères en maternité (84), aucune prolongation de séjour n'a été demandée pour fatigue, alors que la plupart d'entre elles avaient au début de leur séjour l'intention de se reposer. Une autre étude (56) sur un groupe de 93 mères montre que 70 % d'entre elles affirment avoir pu se reposer. Les femmes favorables au RPDA estiment qu'elles se seraient mieux reposées chez elles. L'organisation des services hospitaliers prend peu en compte les rythmes particuliers du couple mère-enfant. Les femmes interrogées soulignent que le réveil matinal, les chambres à deux lits, les passages fréquents du personnel, les visites de l'entourage et le bruit dans la maternité sont source de fatigue.

Garrand (93) a étudié les besoins ressentis par des mères, 1 mois à 5 semaines après la sortie de maternité, à partir d'entretiens semi-directifs. La fatigue, l'angoisse et le manque d'assurance vis-à-vis des soins au nouveau-né figurent parmi les principales difficultés rencontrées par les femmes.

L'étude de Vautrin (24) montre que la fatigue des mères est essentiellement liée à la prise en charge du nouveau-né après le retour à la maison. Alors qu'environ la moitié des femmes déclaraient être fatiguées pendant leur séjour en maternité (38 % des femmes interrogées à J3 et 47 % à J5), la grande majorité (82 %) affirmait se sentir parfois ou toujours fatiguée après leur retour à domicile. Le degré de fatigue et de difficultés psychologiques des mères augmenterait avec le temps écoulé depuis la naissance, indépendamment de la durée de séjour en maternité (24,32).

Carty (112) a comparé la qualité du sommeil et le degré de fatigue ressenti par les mères sorties de maternité après un séjour de moins de 3 jours et par celles sorties à 4 jours ou plus. L'enquête (questionnaire pendant le troisième trimestre de grossesse, à 1 semaine et à 1 mois de *post-partum*) montrait peu de différence entre les deux groupes, en termes de niveau de fatigue ressentie par les femmes. Il n'y avait pas non plus de différence significative dans le temps passé à s'occuper de leur nouveau-né et dans les tâches ménagères. Toutes les femmes éprouvaient de la fatigue et certaines estimaient ne pas avoir été préparées à se sentir si fatiguées. Un biais de l'étude est que les femmes faisant partie du groupe RPDA avaient choisi leur durée de séjour en maternité.

La fatigue des mères après l'accouchement est un élément à prendre en compte par les professionnels, quelles que soient les durées de séjour en maternité.

### III.1.6. Charge familiale

Le RPDA expose la mère à une reprise accélérée de ses tâches familiales et donc à un surcroît de fatigue.

Le RPDA est plus souvent demandé par les multipares, qui sont davantage sollicitées pour s'occuper du nouveau-né, mais aussi des frères et sœurs.

L'éloignement des familles rend difficile l'entraide familiale. Le congé de paternité pourrait être davantage profitable à la mère, à condition que le père soit présent à la maison dès la sortie de la maternité (96). Cependant, les modalités d'obtention de ce congé de paternité peuvent obliger le père à différer la date de début du congé. L'information sur les modalités et les intérêts de ce congé doit être communiquée par les professionnels pendant la grossesse, pour permettre aux familles une meilleure anticipation.

### III.1.7. Psychologique

L'anxiété maternelle et parentale risque d'être majorée, en cas de RPDA. Les mères peuvent avoir besoin de réassurance sur leurs compétences, en particulier les primipares (79). Les difficultés rencontrées à la maison motivent parfois des consultations en urgence (41). Le sentiment d'isolement, voire d'abandon, peut être source d'angoisse.

Le baby-blues se produisant vers le 3<sup>e</sup> jour après l'accouchement, l'hospitalisation permet une observation clinique et un soutien continu des femmes durant cette période vulnérable. Selon les études et les définitions, ce syndrome touche 45 à 80 % des accouchées (18). Le plus souvent ce syndrome est bénin et régresse spontanément rapidement. Son intensité nécessite parfois une prise en charge psychologique plus importante, et il peut précéder une authentique dépression du *post-partum*.

La dépression du *post-partum* toucherait 10 à 20 % des mères dans les 2 semaines à 6 mois suivant la naissance (18,113). Elle est associée à des facteurs de risque psychosociaux : antécédents de dépression, dysfonctionnement de la personnalité, manque de soutien social. Elle peut avoir un impact à long terme sur la mère et sur l'enfant (76,114).

Il y a peu d'études méthodologiquement fiables étudiant le lien entre dépression et sortie précoce, et leurs conclusions sont divergentes.

L'étude de Hickey (76) montre que le RPDA (séjour < 72 heures) augmente le risque de dépression du *post-partum*. L'auteur en conclut que le RPDA constitue à lui seul un facteur de risque de dépression du *post-partum*.

Thompson (37) a étudié par un autoquestionnaire (EPDS) le risque de dépression du *post-partum* dans un groupe de femmes sorties précocement (séjour < 72 heures) durant les 6 mois suivant la naissance, selon les motifs de RPDA et les aides reçues en *post-partum*. Les femmes ont bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme. L'étude ne montre pas de différence significative à 6 mois après accouchement, même après contrôle des facteurs de risque. L'auteur explique la différence entre ses conclusions et celles de Hickey par les caractéristiques des populations étudiées, l'aide et le soutien en postnatal et les motifs de RPDA. Il conclut que les femmes sélectionnées pour un RPDA, qui ont un suivi à domicile par une sage-femme et une aide de la famille, n'ont pas plus de signes de dépression dans les 6 premiers mois du *post-partum* qu'après un séjour plus long en maternité.

L'autoquestionnaire EPDS est un outil de dépistage de la dépression validé dans le post-partum (115), dont la traduction française a été évaluée par Guédeney (116). Le *Early Identification Guide* propose de l'utiliser également durant le 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse(117). Beck a développé un autre outil d'aide au diagnostic précoce de la dépression du *post-partum*, le *Postpartum Depression Prediction Inventory* (PDPI), destiné initialement au professionnels, mais parfois utilisé comme autoquestionnaire. Hanna a évalué ces deux outils (117).

La revue de la littérature effectuée par Grullon (79) ne trouve pas de preuve d'un impact du RPDA sur la dépression du *post-partum*.

### III.1.8. Risque d'échec de l'allaitement maternel

L'allaitement se met en place durant la semaine suivant la naissance, avec la classique « montée laiteuse » qui se produit vers le 3<sup>e</sup> jour. Un des objectifs de l'hospitalisation en suites de couches est l'apprentissage de la conduite de l'allaitement. L'arrêt prématuré de l'allaitement maternel, par manque de soutien et d'encouragement, est un risque potentiel du RPDA (16). L'échec de l'allaitement maternel lié au RPDA est un sujet très controversé par les professionnels. La durée de l'allaitement maternel est un des indicateurs étudiés dans la plupart des études relatives à la sortie précoce. Il semble cependant moins pertinent dans les pays ? comme la France ? où il est fréquent que la mère cherche à reprendre rapidement une activité professionnelle.

Les mères, en particulier les primipares, ont une appréhension vis-à-vis de l'allaitement (13). « Ne pas se sentir prête pour l'allaitement » est une des raisons invoquées par les femmes contre l'idée de RPDA (84).

Certaines études bien conduites ne trouvent pas de différence dans la durée de l'allaitement en cas de RPDA (18,27,34,83,90,118,119).

Une étude américaine (120) sur une population de 20 366 couples mères-enfants a montré qu'il n'y avait pas d'effets négatifs du RPDA (avec programme de suivi et aide à l'allaitement) sur l'initiation et la durée de l'allaitement.

Boulvain (27) a montré que le pourcentage de femmes qui arrêtaient l'allaitement durant la première semaine et durant le premier mois était identique pour les femmes sorties précocement (avec suivi à domicile par sage-femme) et celles hospitalisées 4 à 5 jours. La proportion de femmes signalant des problèmes d'allaitement durant la première semaine était semblable dans les deux groupes. Dans le groupe « RPDA », les enfants avaient reçu moins de biberons de complément, ce qui favorise la durée de l'allaitement, qui a été similaire dans les deux groupes.

Le CETS (13) estime que le RPDA n'a pas d'effet sur la durée de l'allaitement maternel, mais insiste sur l'impact de l'information pré et postnatale, ainsi que sur le « suivi post-congé ».

La SCP et la SOGC au Canada (14) précisent que la brièveté du séjour peut être « compensée par le suivi accordé après le retour à la maison, dans la mesure où la mère a allaité au moins deux fois sans aide et a appris à reconnaître les signes que son bébé boit bien ».

Les recommandations de l'Anaes sur l'allaitement maternel stipulent que le soutien des mères qui allaitent par des professionnels formés ou des associations de mères allaitantes diminue le risque d'arrêt prématuré de l'allaitement maternel (111).

En France, il n'y a pas d'étude sur l'incidence des sorties précoces de maternité sur la durée de l'allaitement maternel.

### III.1.9. Temps d'apprentissage et d'éducation réduit

En l'absence d'anticipation, le RPDA induit un raccourcissement du temps d'apprentissage et d'éducation de la mère. L'absence de « transmission inter-générationnelle » du maternage et de la conduite de l'allaitement (41) rend d'autant plus indispensable cet apprentissage.

Le manque de temps pour compléter l'apprentissage de l'allaitement maternel (13,121) et le manque d'entraînement aux soins prodigués au nouveau-né (81) altèrent la confiance de la mère dans ses compétences et dans sa capacité à nourrir son enfant. L'incertitude ressentie par les mères est vécue comme une source de souffrance (93).

L'état physique et psychologique de la mère a une influence majeure sur sa facilité à retenir des informations nouvelles dans les 24 heures suivant la naissance (121,122). Dans les 24 premières heures après la naissance, la mère n'est pas « disponible » pour recevoir des informations de type cognitif, et en particulier pour mémoriser des informations, selon Eidelman (123). Il en conclut que l'apprentissage du maternage doit se poursuivre à domicile, pour être renforcé.

Les professionnels de la maternité sont eux aussi conscients du temps réduit dont ils disposent pour l'apprentissage des soins (13,16). La « densification » des soins qui en résulte les inquiète (68,73). La pratique du RPDA provoque une surcharge de travail dans les équipes, du fait de la rotation accélérée des lits. Le manque de disponibilité du personnel ne favorise pas l'éducation des mères et la qualité de l'accompagnement. Certains professionnels de maternité éprouvent une frustration à ne pouvoir réaliser pleinement leur rôle éducatif et à perdre une partie de la dimension relationnelle de leur fonction (68). Il peut être opportun de leur proposer un accompagnement spécifique, lors de la mise en place de procédures de sortie précoce.

Les professionnels chargés du suivi ont pour rôle « d'accompagner à domicile dans le prolongement de ce qui a été fait en maternité » (94).

#### **CONCLUSION**

La plupart des études s'accordent à considérer le RPDA comme sûr et sécurisant, dans les populations ciblées, à bas risque, et avec un suivi à domicile (3,97,98,124-126).

### **III.2. Pour l'enfant**

Durant les 48 à 72 heures après la naissance, le nouveau-né vit des modifications physiologiques importantes. Le séjour en maternité permet l'observation du nouveau-né, de son adaptation à la vie extra-utérine, et le dépistage d'éventuelles malformations congénitales.

Une sortie avant 72 heures de vie survient avant la mise en place de l'allaitement maternel et avant le pic maximum de la bilirubinémie (12). Les pédiatres sont donc souvent les plus réticents vis-à-vis de la sortie précoce (41,44), par crainte de retard dans la prise en charge de pathologies et des risques de réhospitalisation du nouveau-né.

Les principales causes de morbidité et de recours aux services de santé dans le cadre de sorties précoces de maternité sont (4), par ordre de fréquence décroissante :

- l'ictère ;
- la déshydratation ;
- les problèmes d'alimentation (12) ;
- les retards à la prise en charge de pathologies néonatales, en particulier les infections, les cardiopathies ;
- les infections de la peau et du cordon (13).

Le taux de réadmissions des nouveau-nés après RPDA est un des indicateurs étudiés pour évaluer la sécurité des programmes de sortie précoce (126,127).

#### **III.2.1. Fréquence des réhospitalisations**

La part de responsabilité du RPDA dans les réhospitalisations est souvent difficile à déterminer, du fait du manque de rigueur méthodologique des études. Les résultats des

études référencées dans la bibliographie sont parfois contradictoires, au sein d'un même pays. Les taux rapportés de réhospitalisations de nouveau-nés retrouvés dans la littérature (4,5,99,128-131) sont compris entre 1 % et 4 %.

— *Aux États-Unis*

Beebe (132) a étudié les effets de la durée de séjour en maternité sur la mortalité néonatale. Les durées de séjour des couples mère-enfant ont été au minimum de 14 heures. Les certificats de décès d'enfants nés après 37 SA, de poids supérieur ou égal à 2 500 g et décédés dans les 28 premiers jours ont été repris. Les enfants sortis à 5 jours de vie ou moins et décédés ont été comparés à un groupe témoin. L'étude a montré que la plupart des enfants qui décèdent dans la période néonatale étaient symptomatiques dans les 18 premières heures de vie. L'étude n'a pas permis d'établir un lien entre RPDA et mortalité néonatale.

Malkin (133) a étudié les risques de mortalité dans 2 groupes de nouveau-nés (sortie avant la 30<sup>e</sup> heure après la naissance, *versus* sortie entre la 30<sup>e</sup> et la 78<sup>e</sup> heure) à partir de l'analyse des certificats de mortalité et des registres de sorties des hôpitaux de l'État de Washington entre 1989 et 1990. L'étude a montré que le groupe de nouveau-nés sortis précocement avait un risque augmenté de mortalité durant la première année de vie. Cette étude a été réalisée à partir de données antérieures à la mise en place de programmes de suivi de RPDA aux États-Unis.

Liu (134) a étudié les 310 578 certificats de naissance des nouveau-nés de l'État de Washington entre 1991 et 1994, dans le but d'évaluer les risques de réhospitalisation durant le premier mois de vie de l'enfant. Il comparait 2 groupes d'enfants : ceux sortis avant la 30<sup>e</sup> heure de vie (17 %) et ceux sortis entre 30 et 78 heures de vie. Les enfants sortis avant la 30<sup>e</sup> heure de vie ont été plus souvent réhospitalisés durant la première semaine de vie. Les causes de réhospitalisation étaient l'ictère, l'infection et la déshydratation. Les facteurs de risque retrouvés étaient la primiparité, l'âge maternel inférieur à 18 ans, les antécédents maternels de rupture prématurée des membranes.

Edmonson (127) a étudié dans le Wisconsin les certificats de naissance entre 1991 et 1994 et les données concernant les réadmissions à l'hôpital entre J4 et J28. La majorité des enfants nés à terme par voie basse était sortie le troisième jour, le premier jour étant le jour de la naissance. L'étude portait sur les enfants nés d'un accouchement normal par voie basse, de poids > 2 500 g, dont le séjour en maternité s'était déroulé normalement, soit 120 290 nouveau-nés. Le taux de RPDA (sortie à J1 ou J2, J1 étant le jour de naissance) était de 30,5 %. 210 nouveau-nés (soit 1,7 pour 1 000) avaient été hospitalisés pour des problèmes d'alimentation, déshydratation et perte de poids dans le groupe « sortie précoce » et ont été appariés à 630 cas témoins. L'auteur concluait que si le RPDA n'a globalement pas d'effet sur le risque de réadmission pour problèmes d'alimentation chez des enfants nés après accouchement normal, de poids normal et dont les mères n'ont pas d'antécédents médicaux ou obstétricaux, le risque de réadmission est augmenté pour les nouveau-nés premiers nés et allaités.

Braveman (77) a comparé les conclusions de ces 2 études (127,134) sur les risques de réadmission après sortie précoce. Leur méthodologie est identique, mais les résultats et les conclusions sont contradictoires. Braveman critique les méthodologies employées

mais il souligne que des études prospectives et randomisées ne paraissent pas éthiquement réalisables. Pour un taux de réhospitalisations de 2 %, il faudrait au moins 14 000 patients par groupe pour détecter une augmentation de 25 % des réhospitalisations en fonction des durées de séjour.

— *Au Canada*

Liu (129) a repris les taux de réadmissions de nouveau-nés entre 1989/1990 et 1996/1997 sur l'ensemble du Canada. Liu constatait une augmentation significative du taux des réadmissions entre 1990 et 1997, passant de 27,3 ‰ à 38 ‰. L'analyse portait sur toutes les causes de réadmission confondues, mais l'augmentation a été surtout nette pour les cas d'ictère et de déshydratation. Cette augmentation des réadmissions était associée à la pratique amplifiée et généralisée du RPDA sur la même période au Canada.

Lee (135) a étudié les taux de réadmissions durant les 15 premiers jours de vie et les liait à la durée de séjour en maternité dans l'État d'Ontario, entre 1987 et 1994. Sur cette période, les durées de séjour en maternité sont passées de 4,5 jours + / - 10,7 à 2,7 + / - 1,5 jours, le jour de la naissance étant inclus dans cette durée. Il aboutit aux mêmes conclusions que Liu (129), dans son étude citée précédemment. Elle étudie parallèlement le taux de familles suivies à domicile en *post-partum*. Sur la période étudiée, elle constate une diminution de ce taux de visite à domicile. Elle estime, d'après les données de l'étude, que la plupart des cas graves d'ictère et de déshydratation sont dépistés à 3 jours (jour de naissance inclus). Elle conclut que l'éducation et l'information aux parents, la rigueur des professionnels dans la décision et la planification de la sortie, ainsi qu'un suivi précoce post-sortie diminueraient les taux de réadmissions des nouveau-nés.

Johnson (99) a étudié les causes de réadmissions évitables entre 1997 et mars 2000, dans la province d'Alberta, au Canada. Les réadmissions pour déshydratation, ictère, problèmes d'alimentation n'étaient pas fréquentes : elles représentaient 3,5 % des nouveau-nés par voie basse, singleton, et de poids > 2 000 g (soit 73 % des naissances en Alberta). L'ictère représentait 74 % des cas de ces réhospitalisations. L'ensemble des réhospitalisations ont eu lieu dans les 6 premiers jours après la sortie. Seuls les séjours en maternité de 27 à 48 heures étaient associés à une augmentation du risque de réhospitalisation. Il a étudié les autres facteurs associés à la réhospitalisation et a conclu que la durée de séjour à la maternité n'est pas le seul facteur à intervenir dans la réadmission. En particulier, des caractéristiques organisationnelles (nombre d'accouchements de l'hôpital, distance séparant l'hôpital du domicile de la mère, etc.) auraient une influence plus importante que la brièveté du séjour en maternité.

Une évaluation menée au Québec sur l'impact des modalités de suivi après RPDA (12) a montré un taux de réadmissions pour l'enfant identique à celui de la plupart des études et concluait que des améliorations de l'organisation du suivi postnatal permettraient de diminuer ces réadmissions.

Boulvain (27), dans une étude comparant un programme de suivi après RPDA et un séjour de durée traditionnelle, a observé que les nouveau-nés du groupe RPDA avaient été davantage réhospitalisés dans le premier mois de vie, sans que la différence entre les 2 groupes soit statistiquement significative. Cette tendance devenait statistiquement

significative sur la période des 6 premiers mois de vie, sans que cette différence puisse être expliquée.

L'ictère est le motif le plus fréquent de consultation et celui qui entraîne le plus de réhospitalisations d'enfants (13), pour photothérapie et surveillance.

Une évaluation québécoise des programmes de RPDA (12) a montré que 50 % des nouveau-nés ont présenté un problème de santé après la sortie de maternité et que le motif de consultation et/ou hospitalisation était l'ictère : ils représentaient 21,3 % de l'ensemble des nouveau-nés, et 2,3 % ont dû être hospitalisés.

### III.2.2. Ictère

L'ictère dit physiologique résulte de l'immaturation hépatique et touche 30 à 40 % des nouveau-nés à terme (46). Il apparaît vers le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour de vie et atteint son maximum vers le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour.

Les étiologies de l'ictère néonatal non physiologique sont multiples : infection, incompatibilité fœto-maternelle, etc. Cet ictère apparaît plus précocement dans les 24 premières heures de vie pour un nouveau-né à terme.

Un ictère prolongé (au-delà du 7<sup>e</sup>-10<sup>e</sup> jour de vie) doit faire rechercher une autre étiologie : ictère au lait maternel, déficit en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G6PD), mucoviscidose, etc.

L'étude de Grupp-Phelan (136) a repris la méthodologie et la base populationnelle de Liu (134) mais en la restreignant aux réadmissions pour ictère (cité dans les 3 premiers diagnostics de sortie de l'hôpital) et l'étendait aux naissances de l'année 1995. Le risque de réadmission pour ictère était plus élevé dans le groupe « sortie précoce » soit à moins de 30 heures de vie (OR : 1,34 ; IC95 : 1,10-1,64). Le calcul du « nombre de patients à traiter » montrait qu'il faudrait garder 122 enfants au-delà de 30 heures pour éviter une réadmission pour ictère. Il est intéressant de noter qu'une sortie en début de week-end n'influe pas sur le taux de réadmissions.

Le risque majeur de l'hyperbilirubinémie est l'ictère nucléaire, complication redoutable pouvant entraîner le décès ou des séquelles graves, qui a aujourd'hui disparu en France.

L'Académie de médecine française s'est récemment alarmée du risque de réapparition d'ictère nucléaire, du fait du développement du RPDA en France. Elle préconise que l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge des nouveau-nés reçoive « *des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses* » (137).

Des études américaines (4,138) ont montré la réapparition de l'ictère nucléaire en lien avec les sorties précoces. Ce sont ces études qui sont à l'origine de la prise de conscience aux États-Unis des dérives liées aux sorties précoces de maternité avant la promulgation de la loi « *Newborns' and Mothers' Health Protection Act* ».

Maisels (138) a proposé de modifier l'approche de l'identification, du suivi et de la gestion de l'ictère. Les recommandations professionnelles (139) sur l'ictère étaient établies pour des durées de séjour de 4 à 5 jours. La grande majorité des ictères était diagnostiquée pendant le séjour en maternité, les taux d'allaitement maternel se situaient autour de 30 %. Depuis, les durées de séjour sont souvent de moins de 36

heures et le pourcentage d'allaitement maternel est en moyenne de 60 % au niveau national, atteignant parfois 85 %. L'allaitement maternel est associé à un risque augmenté d'hyperbilirubinémie.

La population de l'Est asiatique, qui constitue une population à haut risque d'hyperbilirubinémie, s'est considérablement amplifiée aux États-Unis.

L'AAP préconise depuis 1994 qu'un suivi soit réalisé 2 ou 3 jours après la sortie pour les enfants sortis à moins de 48 heures de vie, et que l'examen du nouveau-né soit effectué par un professionnel expérimenté. Si cette condition n'est pas assurée, la sortie doit être reportée (89).

Un article américain (140) mentionne l'inquiétude des organisations nationales de santé (*Centers for Disease Control, Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* et *American Academy of Pediatrics*) face à la réémergence de l'ictère nucléaire aux États-Unis. La réapparition de cette pathologie semble « *en lien direct avec la pratique du RPDA, le manque d'attention porté au risque d'ictère sévère chez les enfants à terme ou près du terme, l'augmentation du taux d'allaitement maternel, les contraintes de coûts de santé, le peu d'éducation prodigué aux parents sur la santé de leur enfant, les limites des systèmes de santé pour surveiller la progression d'un ictère après la sortie* ».

Bhutani (140) conclut qu'une approche multidisciplinaire doit être menée, incluant des campagnes auprès du public et des professionnels de santé, afin d'atteindre le niveau « zéro tolérance » de l'ictère nucléaire.

Johnson (141) a analysé les cas d'ictère nucléaire enregistrés dans le registre des ictères nucléaires aux États-Unis (*Pilot Kernicterus Registry*). Ce registre a été créé en mai 1992, lors de la parution de rapports médicaux signalant l'apparition d'ictères nucléaires. L'étude portait sur des enfants nés à terme ou près du terme (35-36 semaines d'aménorrhée). Sur 90 cas enregistrés, 61 ont été étudiés, car ils avaient nécessité une intervention médicale et/ou une hospitalisation dans la première semaine de vie et leurs données médicales étaient exploitables.

Les causes d'hyperbilirubinémie retrouvées à l'admission étaient les suivantes :

- ictère idiopathique : 31,5 % ;
- déficit en G6PD (incluant infection et hémolyse) : 31,5 % ;
- hémolyse (sans déficit en G6PD) : 14,7 % ;
- naissance traumatique (hématomes, céphalématome) : 9,9 % ;
- infection (sans déficit en G6PD) : 6,6 % ;
- syndrome de Crigler-Najjar : 3,2 % ;
- galactosémie : 1,6 %.

La perte de poids était supérieure à 10 % pour 26 % des enfants, supérieure à 15 % pour 13 % des enfants. 59 enfants sur 61 étaient allaités.

Cette publication souligne la mauvaise appréciation du degré de gravité de l'ictère faite par les professionnels. L'évaluation visuelle de l'ictère ne permet pas une estimation de sa sévérité. Les taux de bilirubinémie n'ont pas toujours été interprétés en tenant compte de l'âge (en heures) de l'enfant sortant. La présence d'ictère à la sortie n'a pas été un critère discriminant pour l'autorisation de sortie.

Pour 72 % (n=44) des enfants, le rendez-vous de suivi 2 à 3 jours après la sortie recommandé par l'AAP (89) n'a pas eu lieu. Dans la plupart des cas, le rendez-vous de la visite de routine a été fixé à 1 à 2 semaines après la sortie.

Certains facteurs de risque n'ont pas été pris en compte, au moment de la sortie.

L'*American Academy of Pediatrics* (139) donne comme facteurs de risque de développer une hyperbilirubinémie sévère les critères suivants (par ordre d'importance décroissante) :

- ictère des 24 premières heures ;
- ictère visible avant la sortie ;
- antécédent d'ictère grave dans la fratrie ;
- grossesse entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée ;
- allaitement maternel exclusif ;
- population d'origine est-asiatique ;
- hématomes, céphalématome ;
- âge maternel < 25 ans ;
- nouveau-né de sexe masculin ;
- incompatibilité rhésus et ABO ;
- déficit en G6PD.

L'AAP (139) préconise qu'une mesure du taux de bilirubine soit faite, (transcutanée ou sanguine) avant la sortie en même temps que les tests de dépistage des maladies métaboliques. Il existe en effet une bonne corrélation entre un taux élevé précoce de bilirubine et un risque d'hyperbilirubinémie sévère (140,142).

### CONCLUSION

Le développement de la pratique de RPDA implique une grande vigilance vis-à-vis de l'hyperbilirubinémie et des risques d'ictère nucléaire qu'elle induit. Cependant, l'ictère nucléaire est une pathologie rare, et des mesures préventives devraient supprimer tout risque d'apparition de cet ictère (42,138,143).

La sélection des nouveau-nés éligibles au RPDA doit être rigoureuse et tenir compte des facteurs de risque d'ictère sévère ; l'organisation du suivi doit garantir une prise en charge adaptée au dépistage de l'ictère. Les parents doivent bénéficier d'une information sur l'ictère et savoir quand consulter.

### III.2.3. Conduite de l'allaitement maternel inadaptée

Les risques liés à une conduite de l'allaitement inadaptée ou mal encadrée sont une courbe de poids non satisfaisante, une perte de poids importante (> 10% du poids de naissance) entraînant une déshydratation (46,83,126).

L'allaitement maternel est un facteur de risque significatif (139,141,144,145) de réadmission pour hyperbilirubinémie et déshydratation. De Carvalho (146) a montré que des tétées fréquentes (plus de 8 par 24 heures) pendant les 3 premiers jours étaient associées à des taux de bilirubine sérique bas. Il expliquait que les conseils donnés aux mères qui allaitent sont inspirés de l'alimentation au biberon. La limitation de la fréquence des tétées interfère sur le mécanisme normal d'élimination de la bilirubine. Le réflexe gastrocolique après la tétée stimule la mobilité intestinale et diminue la réabsorption intestinale de la bilirubine. La durée des tétées n'intervient pas dans la diminution du taux de bilirubine.

Maisels (147) n'a pas retrouvé les mêmes résultats que De Carvalho, mais les taux de bilirubine n'ont pu être mesurés que jusqu'à 50 ou 55 heures de vie, ce qui limitait ses conclusions sur le lien entre tétées fréquentes et taux de bilirubine.

Le suivi après la sortie de maternité doit inclure le conseil et le soutien aux mères qui allaitent, afin de prévenir les risques d'hyperbilirubinémie et les déshydratations (18,126,148).

Le nouveau-né doit avoir au moins 3 mictions par jour les 2 premiers jours et 6 mictions par jour ensuite. Sinon, cela peut être un signe de déshydratation, confirmée par la perte de poids, l'examen de la fontanelle antérieure et la recherche d'un pli cutané.

L'évaluation de la conduite de l'allaitement doit être faite par les professionnels avant la sortie, et la visite à domicile doit être programmée (126). L'efficacité de la tétée, c'est-à-dire le transfert effectif de lait, doit être vérifiée par un professionnel avant la sortie.

Les recommandations américaines (89) et canadiennes (14) préconisent au moins 2 alimentations correctes documentées avant la sortie.

Les mères doivent savoir reconnaître les signes de manifestation d'éveil du nouveau-né, afin de donner le sein dès que l'enfant commence à s'éveiller. L'expression « allaitement à la demande » est défini comme des tétées « sans restriction » ou induites par le bébé ou encore « en réponse aux signes manifestés par le bébé » (111,149).

### III.2.4. Risque de retard à la prise en charge de pathologies

#### — *Infections materno-fœtales*

Les pédiatres s'inquiètent du retard au diagnostic et à la mise en place d'un traitement d'infection néonatale, en cas de RPDA.

Les principales infections se déclarant dans les premiers jours de vie et nécessitant un traitement spécifique sont les infections materno-fœtales bactériennes et les infections herpétiques néonatales (150). 95 % des infections materno-fœtales surviennent dans les 48 premières heures (151).

Selon Radetsky (150), il n'y a pas d'augmentation du risque de réadmission pour infection néonatale grave, si l'on tient compte des facteurs de risque et des recommandations professionnelles sur les infections néonatales.

Les recommandations de l'Anaes (151) concernant le diagnostic et le traitement de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né sont, pour un nouveau-né asymptomatique, de « tenir compte des critères anamnestiques majeurs et mineurs et des conditions locales de réalisation des examens complémentaires » (voir en annexe les critères anamnestiques majeurs et mineurs). « L'existence de ces critères nécessite une surveillance clinique, particulièrement rapprochée pendant les 24 premières heures », et ne devrait pas rendre possible une sortie de maternité avant ce délai.

En cas de RPDA, les parents doivent connaître les signes nécessitant une consultation en urgence.

#### — *Infections cutanées*

Le risque potentiel d'augmentation des infections de la peau ou du cordon est parfois cité dans la bibliographie. Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant ce risque spécifiquement. Les données citées représentent de rares cas de consultations ou de réhospitalisation pour ce motif. Il est donc impossible d'aboutir à des conclusions particulières.

— *Cardiopathies*

Les changements physiologiques progressifs après la naissance dans le système cardio-respiratoire précèdent l'apparition des signes indicateurs de certaines malformations cardiaques congénitales (46,152).

La décompensation des cardiopathies se fait le plus souvent vers J8/J10, ce n'est donc pas un problème spécifique de la sortie précoce.

Kuehl (153) reprend les cas d'enfants décédés de malformation cardiaque congénitale entre 1981 et 1989 (4 390 cas) à Baltimore – Washington.

800 (18 %) enfants sont décédés dans la première année de vie, 80 % des décès ont eu lieu la première semaine de vie. Pour 76 d'entre eux le diagnostic de malformation cardiaque n'avait pas été posé avant l'autopsie. Les malformations cardiaques retrouvées chez ces enfants étaient la coarctation de l'aorte, le tronc artériel commun et la maladie d'Ebstein.

Kuehl conclut que le diagnostic de malformation cardiaque requiert une observation attentive en période néonatale, et qu'il existe des risques pour ces enfants si la sortie de maternité intervient avant 2 jours de vie.

Kessel (152) estime que la sortie de maternité entre 24 et 48 heures de vie complique le dépistage de malformations congénitales, et demande une étude soigneuse du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des premières heures de vie.

Une modification de la qualité du murmure cardiaque et de la perception des pouls fémoraux intervenant entre l'examen initial et l'examen réalisé lors du suivi doit alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque.

Les parents doivent être renseignés sur les signes évocateurs de maladie cardiaque. Le suivi après la sortie doit être précoce, afin de détecter et de prendre en charge rapidement les éventuelles pathologies.

Il convient de rappeler que le suivi de la grossesse est très différent en France et aux États-Unis, où les échographies obstétricales ne sont pas réalisées systématiquement chez chaque femme enceinte.

— *Autres malformations*

Obstructions gastro-intestinales

Les malformations digestives les plus fréquentes sont de type obstructives : sténose ou atrésie. Les signes cliniques évocateurs du diagnostic de malformation digestive sont des vomissements bilieux, un ballonnement abdominal, des anomalies du transit avec en particulier un retard d'évacuation du méconium après 36 heures (46).

Une anomalie de la quantité de liquide amniotique peut orienter le diagnostic, si celui-ci n'a pas déjà été évoqué lors de l'échographie anténatale.

L'AAP préconise que le nouveau-né ne puisse sortir de maternité avant d'avoir eu 2 repas « réussis », c'est-à-dire que l'enfant tète bien, de façon coordonnée et qu'il avale correctement, et d'avoir uriné et eu au moins une selle (89).

III.2.5. Oublis de test de dépistage

Plusieurs études relatives au RPDA ont constaté une plus grande fréquence d'oubli des tests de dépistage (6,13,85,154,155).

En cas d'hospitalisation « classique », ils sont réalisés à J3. Les tests de dépistage concernent les pathologies suivantes :

- la phénylcétonurie (test de Guthrie, pour lequel l'enfant doit avoir reçu une alimentation depuis 72 heures) ;
- l'hypothyroïdie ;
- l'hyperplasie congénitale des surrénales ;
- la mucoviscidose (dans les régions à forte prévalence) ;
- la drépanocytose (pour les populations à risque).

Un prélèvement trop précoce pourrait affecter la performance de ce bilan. Au Canada et aux États-Unis, les recommandations (13,89) précisent que les tests doivent être renouvelés si la sortie a eu lieu avant 48 heures de vie.

Une étude américaine récente (156) a comparé les taux de réalisation des tests de dépistage sur une période de 18 mois, dans 2 groupes d'enfants : un groupe avec sorties précoces l'autre avec une durée de séjour traditionnelle. Le taux de réalisation des tests était plus élevé dans le groupe d'enfants sortis précocement que dans celui ayant une durée de séjour traditionnelle (98,8 % *versus* 96,7 %  $p = 0,0005$ ). L'auteur concluait qu'un programme de suivi après RPDA comprenant des visites à domicile par des infirmières ne compromet pas la réalisation et la performance des tests de dépistage.

En France, en cas de sortie précoce, ces tests sont réalisés par l'équipe chargée du suivi à domicile (48). En cas de sortie avant 72 heures de vie et sans suivi précoce programmé, les équipes demandent aux mères de ramener leur enfant à la maternité pour effectuer ces tests. La réalisation effective des tests est contrôlée par l'équipe de la maternité, qui le cas échéant reconvoque la mère (avis du groupe de travail).

### III.2.6. Oublis de l'administration de vitamine K

La vitamine K est prescrite à tout nouveau-né afin de prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né. La prescription est de 2 mg par voie orale, administrée en deux fois, à la naissance et entre J3 et J5.

Les enfants nourris au sein ont un risque accru de déclarer une forme tardive de la maladie hémorragique, que prévient une administration hebdomadaire systématique de vitamine K (46).

Des études américaines (85) décrivent des oublis plus fréquents de cette administration chez les mères sorties précocement. Ils sont à relier à la diminution de temps d'éducation de la mère en maternité.

### CONCLUSION

Les résultats des études sur les risques encourus par le nouveau-né en cas de RPDA sont très contradictoires. Ces études comportent souvent des limites méthodologiques : critères de sélection, taille des échantillons, biais variés. Certaines études américaines reprennent des données antérieures à la promulgation de la loi « *Newborns' and Mothers' Health Protection* » et à l'élaboration des recommandations des associations de pédiatres. Peu d'études décrivent les modalités exactes des programmes de suivi après RPDA. Les résultats des études sur la morbidité et la mortalité néonatales ne sont pas toujours interprétés en corrélation avec le programme de suivi mis en place (s'il existe). Il semblerait qu'il y ait un risque augmenté de réadmission des nouveau-nés, après RPDA, sans que la preuve scientifique soit établie.

Les études sélectionnées permettent néanmoins de déterminer différents seuils de fréquence de risques.

- **Période des 6 premières heures (7)**  
Selon Britton (157), 97,9 % des nouveau-nés qui se portent bien dans les 6 premières heures de vie vont bien durant les 3 jours suivants.  
L’AAP et l’ACOG (7) préconisent un séjour d’au moins 6 heures en maternité, car c’est la période après laquelle la transition à la vie extra-utérine est achevée.
- **Période des 48 premières heures**  
Des études (133,134) ont montré que les enfants sortis avant la 30<sup>e</sup> heure de vie ont statistiquement plus de risques de réhospitalisation que ceux sortis entre 30 et 72 heures.  
Johnson (99) et l’Association des pédiatres du Québec (148,158) soulignent que la plupart des problèmes apparaissent dans les 48 premières heures de vie.
- **Période au-delà de 72 heures**  
Plusieurs auteurs (7,129,144,155,159) ont montré que le risque de réadmission du nouveau-né diminue très nettement après 72 heures de vie.

Il apparaît important de définir les caractéristiques des nouveau-nés à risque, pour qui le RPDA serait contre-indiqué ou nécessiterait un suivi renforcé. L’Association des pédiatres du Québec (158) propose que tout programme de RPDA comprenne un « protocole de dépistage précoce et d’intervention pour les bébés à risque ».

La meilleure prévention des complications maternelles et néonatales liées au RPDA est garantie par la sélection des couples mère-enfant éligibles au RPDA et par la qualité du programme de suivi après la sortie.

#### **IV. CONDITIONS REQUISES POUR UN RPDA**

Les critères de sélection des couples mère-enfant éligibles au RPDA s’avèrent primordiaux pour garantir leur sécurité (1). C’est au service de maternité de préparer la sortie et d’en garantir la qualité.

##### **IV.1. Avant la naissance**

###### **IV.1.1. L’information**

Une information préalable durant la grossesse sur la possibilité du RPDA est réalisée dans les maternités, dans la mesure du possible. Le mode de recrutement des maternités ne permet pas toujours un contact avec l’équipe de maternité avant la naissance. L’information des professionnels extérieurs sur la possibilité de RPDA doit alors être diffusée largement et régulièrement.

Les séances de préparation à la naissance semblent être le moment idéal pour donner cette information. Cependant, selon l’enquête nationale de périnatalité de 1998 (160), seulement 47,35 % des femmes suivent la préparation à la naissance en métropole (primipares et multipares confondues).

L’entretien du quatrième mois, dont l’un des objectifs est de s’enquérir du projet de naissance des femmes et des couples, pourrait donc être la meilleure occasion pour transmettre cette information.

L’ensemble des professionnels de la périnatalité peut communiquer l’information. Des affiches et des brochures explicatives, diffusées sur les lieux de consultation, complètent l’information orale (49).

Cette information porte sur les modalités du suivi, les indications et contre-indications, les avantages et les limites de la sortie précoce (26), afin que la décision de la patiente soit un véritable choix éclairé.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (14) propose que le sujet du retour à la maison soit abordé durant « l'éducation anténatale » des mères. Les aspects concernant le nouveau-né, tels que l'alimentation, la détection de la déshydratation et l'ictère, feraient partie des informations données.

Un document sur l'information durant la grossesse est en cours d'élaboration au service des recommandations de l'Anaes, en vue de l'harmonisation des pratiques. Il sera achevé courant 2004.

#### IV.1.2. L'accord de la patiente et de sa famille

La patiente et sa famille doivent être consentantes. Le RPDA est proposé comme une alternative. L'activité de la maternité ne devrait pas être invoquée pour inciter à la sortie précoce. Une enquête de satisfaction (48) montre que s'il ne résulte pas d'un choix réel, le RPDA provoque un sentiment d'abandon chez les mères.

#### IV.1.3. La sélection

La plupart des auteurs ayant recherché les effets délétères du RPDA ont souligné l'importance de la sélection (1). Celle-ci doit donc être soigneuse et préparée (14,79,161).

L'entretien du quatrième mois pourrait permettre une évaluation médico-psychosociale, afin de dépister les situations à risques.

Certaines contre-indications au RPDA peuvent être détectées pendant la grossesse.

Les femmes ayant une grossesse pathologique ne sont pas admissibles au RPDA, car elles nécessitent une surveillance accrue pendant le séjour en suites de couches, ayant plus de risques de présenter une complication durant le *post-partum* (14,100,102).

Les risques psychosociaux sont souvent repérables en période prénatale, et l'identification des situations de vulnérabilité permet de mener des actions de prévention efficaces, dans le cadre des réseaux de soins (162-164).

Les facteurs de risque psychologiques et sociaux doivent être recherchés (85,89,100,163) :

- le manque de soutien social, surtout si la femme est seule et primipare ;
- l'absence de domicile fixe ;
- un antécédent de violence conjugale, en particulier lors de la grossesse ;
- un antécédent de dépression ou de psychose ;
- les antécédents de maltraitance ;
- la toxicomanie (syndrome de sevrage à surveiller chez l'enfant) ;
- l'âge maternel < 18 ans, surtout en présence des facteurs précédents.

#### IV.1.4. Une vigilance particulière doit être accordée à ces mères issues de milieu précaire

- La grossesse survient parfois dans un contexte difficile, voir dramatique : grande pauvreté, isolement, violences. Certaines femmes sont issues du milieu de la toxicomanie, elles ont vécu des situations de violences, la prostitution. D'autres sont étrangères en situation irrégulière, ne connaissent pas leurs droits par non-compréhension de la langue. L'absence d'hébergement pose le problème de l'accès aux droits et aux soins. Les difficultés sont d'ordre administratif, social et/ou

psychique. Ces femmes ont des besoins spécifiques, leur grossesse est à risque, et leur suivi souvent discontinu ou nul (105,165-168).

- Les risques psychosociaux peuvent compromettre la relation mère/enfant (162). Ils exposent l'enfant à la maltraitance, si des dispositifs d'accompagnement ne sont pas mis en place. Pour Foulon, ces femmes ne devraient pas être candidates au RPDA, mais au contraire devraient bénéficier d'une durée de séjour plus longue en maternité (169).

Le RPDA doit être préparé pendant la grossesse, par l'équipe qui en assure le suivi. Les besoins spécifiques de la mère et de la famille sont ainsi anticipés et leur gestion organisée. Les demandes d'aide à domicile sont prévues d'ores et déjà, afin d'optimiser le retour à domicile.

## **IV.2. Après la naissance**

Le séjour doit être suffisamment long pour permettre à l'équipe de maternité d'identifier les problèmes précoces de la mère et/ou de l'enfant et de s'assurer que la famille est préparée et capable de s'occuper du nouveau-né (89). L'équipe de la maternité apprécie le moment auquel la sortie sera appropriée pour le couple mère-enfant (11,45,48).

### **IV.2.1. Pour la mère : conditions requises (85,89)**

#### **— *Consentement***

Le consentement de la patiente est la première condition, même s'il a été recueilli préalablement car il est révisable à tout moment et jusqu'à la sortie (14,18,125).

#### **— *Critères médicaux :***

- la mère n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux nécessitant une surveillance particulière ou accrue en suites de couches ;
- la grossesse a été suivie et déclarée ;
- le RPDA est autorisé après une évaluation des risques hémorragiques, thromboemboliques, infectieux et périnéaux (voir annexe 2) (1,62,100,170,171) ;
- la grossesse s'est déroulée normalement et l'accouchement a eu lieu sans complication entre 37 et 41 SA révolues ;
- il n'y a pas eu d'hémorragie grave de la délivrance ;
- les suites immédiates sont simples ;
- l'examen clinique est normal : état général, seins, utérus, lochies, cicatrice, transit, miction ;
- la température et les signes vitaux sont normaux, une température > 38 °C constatée 2 fois à une heure d'intervalle (14) contre-indique le RPDA ;
- la lactation est établie et les difficultés sont gérées (crevasses, congestion mammaire) ;
- le contrôle de la douleur est possible par voie orale (105) ;
- la mère peut se déplacer normalement (18,87) ;
- en cas de césarienne (87,107), les suites immédiates sont simples : la femme se déplace sans aide, elle tolère une alimentation normale, elle urine normalement, l'auscultation digestive est normale, la cicatrisation de la plaie est satisfaisante, la femme est non fébrile depuis au moins 24 heures (18,39,85,87). En cas de sortie

dans les 48 heures suivant la naissance, une numération sanguine est prévue pendant le suivi à domicile ;

- la prévention de l'iso-immunisation rhésus est réalisée ;
- la vaccination contre l'hépatite B est réalisée si la mère est porteuse de l'antigène HBs ;
- un contrôle de la négativité de la sérologie de la toxoplasmose est effectué ;
- la vaccination contre la rubéole est à jour ou prévue.

— *Critères psychologiques*

La mère doit se sentir en forme physiquement et psychologiquement suffisante pour s'occuper d'elle-même et de son bébé : « elle s'imagine bien à domicile avec son bébé » (172).

La mère doit être perçue par les professionnels comme étant sereine à la perspective du retour à domicile (18).

— *Critères socio-économiques*

Les conditions de vie et le besoin d'aide sociale sont à réévaluer à la naissance, car la situation sociale a pu se modifier en fin de grossesse ou parce que la mère n'était pas connue de l'équipe pendant la grossesse.

La mère ne doit pas être isolée à domicile. Un logement avec téléphone est nécessaire en cas de RPDA, la mère devant pouvoir alerter si elle ou son bébé a un problème.

La mère doit pouvoir être soulagée des tâches ménagères, et bénéficier d'un entourage présent et coopérant (15,18).

— *Autonomie*

L'équipe de la maternité évalue les capacités de la mère à s'occuper de son nouveau-né. La sortie peut être différée du fait du manque d'assurance de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né, mais en prenant garde à ne pas induire chez la mère un sentiment d'incompétence voire de culpabilité. Les professionnels doivent veiller à ne pas introduire la notion de norme vis-à-vis de la capacité de la mère à sortir précocement.

Vautrin (24) a comparé les points de vue des professionnels de maternité et ceux des mères à J3, J5 et J15 après le retour à domicile. L'enquête auprès des professionnels et des mères porte sur la capacité des mères à prendre soin d'elles-mêmes et de leur nouveau-né. La proportion de mères s'estimant compétentes variait peu entre J3 et J5. Les professionnels doutaient davantage des capacités des mères que les mères elles-mêmes. Le point de vue des mères était validé par la faible fréquence de leurs difficultés après la sortie.

Une attention particulière doit être portée aux primipares, qui ont un déficit en savoir-faire vis-à-vis des soins aux nouveau-nés (121). Elles éprouvent le besoin d'acquérir cet apprentissage en présence des professionnels. Elles apprécient la disponibilité et l'aide immédiate des professionnels en maternité (1,15,16,89,158).

Idéalement, il ne s'agit pas de faire une « formation accélérée » aux soins de puériculture : la continuité de l'apprentissage devra être poursuivie pendant le suivi après sortie. L'éducation devrait pouvoir débuter en anténatal (79,95,121,173), et s'intégrer dans un « programme d'éducation à la santé » (143). En effet, pendant la grossesse les femmes sont plus réceptives aux informations données (123).

Un support écrit reprenant des conseils de puériculture, d'éducation et de prévention est remis à la mère. Ce document est éventuellement disponible en plusieurs langues, en fonction du recrutement de population de la maternité.

À titre indicatif (et cette liste n'est pas exhaustive), le document peut aborder les thèmes suivants :

- rythmes de vie de l'enfant : veille, sommeil, pleurs, savoir reconnaître quand le bébé a faim ;
- mode d'alimentation de l'enfant ;
- préparation des biberons, stérilisation ;
- allaitement : position du bébé au sein, prise du sein, quantité avalée ;
- fréquence des selles et urines ;
- signes de croissance normale et de déshydratation ;
- soins du cordon, toilette, bain ;
- signes de pathologies ou signes d'alerte (ictère, hyperthermie, hypothermie, perte de poids, etc.) nécessitant une consultation médicale ;
- suivi de l'enfant, vaccinations ;
- sécurité de l'enfant : position de couchage (prévention de la mort subite du nourrisson), transport en siège-auto ;
- prévention du syndrome du bébé secoué : il existe des brochures explicatives permettant d'évoquer ce sujet et sa prévention avec les parents ;
- environnement familial : conséquences pour le bébé du tabagisme passif et de la présence d'animaux, température ambiante.

Outre les conseils de puériculture, les mères sont informées des problèmes de santé qu'elles peuvent rencontrer dans le *post-partum* immédiat. Elles doivent savoir quand consulter. C'est aussi l'occasion de les sensibiliser à l'intérêt de la visite postnatale.

#### IV.2.2. Pour le nouveau-né : conditions requises

L'examen méticuleux du nouveau-né par un professionnel expérimenté (1) identifie le nouveau-né à risque (144).

L'examen du nouveau-né doit être interprété en tenant compte des antécédents maternels, du déroulement de la grossesse et de l'accouchement et de l'évolution du nouveau-né dans les premières heures de vie (149).

La Société canadienne de pédiatrie (14,128) estime que si le nouveau-né a une « transition postnatale » normale de 6 heures, il a moins de risque de présenter un problème entraînant une réhospitalisation.

Pour autoriser le RPDA, les recommandations étrangères (14,85,89) et les équipes françaises pratiquant le RPDA préconisent les critères suivants.

##### — Critères cliniques

- le déroulement de la grossesse, du travail et du *post-partum* immédiat est physiologique ;
- le nouveau-né est né à terme (entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée révolues), il est singleton et eutrophique ;
- l'Apgar à 5 minutes était supérieur à 7 ;
- l'examen « attentif » clinique est normal, et atteste une bonne adaptation à la vie extra-utérine ;
- la normalité anatomique est vérifiée (149), l'examen des hanches normal ;

- les signes vitaux sont stables et normaux durant les 12 heures précédant la sortie (89) ;
- le rythme respiratoire est de 60 par minute ;
- le nouveau-né ne présente pas d'épisode d'apnée et sa saturation en oxygène se situe dans les limites de la normale ;
- le rythme cardiaque est compris entre 100 et 160 battements par minute ;
- la température axillaire est comprise entre 36,1 et 37,0 °C, chez un enfant en lit et habillé normalement ;
- le nouveau-né a uriné et eu au moins une selle ;
- l'alimentation est établie : « contrôle de 2 repas réussis et documentés » (85,89), le nouveau-né est capable de coordonner la succion, la déglutition et de respirer simultanément ;
- la perte de poids reste inférieure à 7 % du poids de naissance (18), ce critère semble plus pertinent en particulier pour les nouveau-nés allaités que le critère « prise de poids » ;
- le nouveau-né ne présente pas de troubles digestifs. L'évacuation du méconium a lieu dans les 24 premières heures de vie (18) ;
- si la mère est porteuse d'un streptocoque B vaginal, et que le protocole de prise en charge de l'infection materno-fœtale a été respecté en *per-partum*, le nouveau-né est surveillé 48 heures (14,89,151). Les prélèvements biologiques réalisés sont connus et normaux avant la sortie ;
- aucun ictère n'est apparu dans les 24 premières heures de vie (18,89) ;
- il n'y a pas eu d'administration de naloxone (85).

L'examen clinique ne comporte pas d'anomalies nécessitant une observation supplémentaire.

— *Critères biologiques et examens complémentaires*

Si la mère est porteuse de streptocoque B vaginal et que le protocole de prise en charge n'a pas été appliqué ou partiellement, les prélèvements bactériologiques doivent être négatifs (et le nouveau-né asymptomatique cliniquement).

Si la mère est de groupe rhésus négatif, le groupe rhésus de l'enfant est recherché systématiquement. Elle reçoit alors des gamma-globulines anti-D si le groupe rhésus du nouveau-né est positif. L'administration de gamma-globulines anti-D a lieu avant la sortie de la mère de maternité (16,89).

En fonction du jour de départ et du mode d'organisation du suivi, les tests de dépistage sont réalisés ou programmés. S'il n'y a pas de garantie absolue que les tests de dépistage peuvent être réalisés après la sortie, la mère et l'enfant ne sortent pas.

### **Conclusion**

Un membre référent de l'équipe collige l'ensemble des informations relatives au couple mère-enfant pour autoriser la sortie. C'est une décision fondée sur une évaluation personnalisée de la mère et du nouveau-né (14,100). Si les conditions requises ne sont pas réunies, pour la mère et son enfant, la sortie doit être reportée (89).

La décision de la sortie est une décision mutuelle de l'équipe obstétrico-pédiatrique et de la mère. Cette décision engage la responsabilité de l'équipe.

#### IV.2.3. Au moment de la sortie de la maternité

La préparation de la sortie constitue un acte de soin à part entière. Elle doit permettre la continuité des soins et la mise en place d'un système d'alerte et de protection (86,174). La sortie d'un établissement de santé est « un passage d'une forme de dépendance à une responsabilisation du patient » (86).

Une liste de contrôle (*check-list*) guide l'équipe pour récapituler les besoins de la mère et de l'enfant, ainsi que les modalités de suivi.

L'évaluation des connaissances de la mère est réalisée, concernant :

- les soins au nouveau-né ;
- sa capacité à dépister les problèmes de santé pour elle et son bébé ;
- sa capacité à les gérer (qui et quand consulter).

Une liste écrite de conseils est remise à la patiente (15).

Selon le dispositif de suivi et la date de sortie, le carnet de santé de l'enfant et/ou le certificat de santé dit du huitième jour sont remplis et remis à la patiente.

Les coordonnées exactes de la patiente au moment de la sortie (lieu d'hébergement, téléphone) (12) sont vérifiées.

Selon le dispositif de suivi mis en place pour le RPDA, l'équipe de maternité détermine le ou les professionnels chargés du suivi. Une liaison de l'équipe de la maternité avec ce ou ces professionnels est indispensable (175). Dans certains établissements (48), la sage-femme qui assure le suivi à domicile a un premier contact avec la patiente pendant son séjour à la maternité. La patiente connaît les coordonnées du ou des professionnels chargés du suivi.

Un document de transmission commun permettant le partage des informations entre les professionnels des établissements de santé et ceux chargés du suivi est remis à la mère afin d'assurer la continuité de l'information médicale (175).

Un résumé d'hospitalisation est rédigé pour le médecin traitant, qui est prévenu des modalités de sortie de la patiente.

## V. QUEL EST LE CAHIER DES CHARGES POUR LE SUIVI DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT ?

Les études (12,88,155,176-178) ont montré qu'en l'absence d'un suivi suffisant, le taux de réadmissions (surtout du nouveau-né) augmente et que l'angoisse parentale est majorée (121). Un programme de suivi, comportant de préférence des visites à domicile, est un gage de sécurité et de satisfaction pour les familles. Ce suivi assure la continuité des soins après le retour à domicile.

### V.1. Quels critères surveiller ?

Une politique de RPDA a un impact sur l'organisation des soins en maternité et les programmes d'éducation (13,27). Une réflexion doit être menée pour répartir les tâches et les responsabilités dévolues aux professionnels de maternité et à ceux chargés du suivi.

Les objectifs sont d'assurer la surveillance médicale de la mère et du nouveau-né, de dépister les pathologies néonatales et du *post-partum*, de mener des actions éducatives et préventives, d'observer l'établissement du lien mère/enfant, d'accompagner la parentalité et de dépister les situations à risque (100,149,179).

### V.1.1. La mère

La période des suites de couches se caractérise par des modifications physiologiques marquées par l'involution des organes génitaux, la mise en place de la lactation et par des modifications générales (180). Cette période commence 2 heures après la naissance et s'étend jusqu'au retour de couches, environ 6 semaines après la naissance. Le suivi de la période des suites de couches, en maternité ou à domicile, répond à une quadruple mission : médicale, psychologique, éducative et sociale (1,12,15,51,62,100,126,179).

La nature de la surveillance médicale, dans le cadre d'un programme de suivi de RPDA, est identique à celle d'une surveillance habituelle en hospitalisation (18,45,94).

L'examen général comprend la prise du pouls, de la température, de la pression artérielle et l'appréciation de la fatigue maternelle.

La visite à domicile est l'occasion d'observer l'allaitement maternel, de confirmer l'établissement de la lactation. L'état des seins et des mamelons est vérifié. Des conseils sur la prévention des crevasses et de l'engorgement sont prodigués.

L'involution utérine, l'importance et l'aspect des lochies sont surveillés. La cicatrisation du périnée ou de l'incision de césarienne est vérifiée. Les soins habituels auprès d'une accouchée sont réalisés le cas échéant : soins du périnée, ablation de fils. L'interrogatoire s'assure de l'absence de signes urinaires et de la reprise du transit. L'examen des membres inférieurs est effectué à la recherche de signes de phlébite.

Les signes de complications infectieuses sont recherchés (signes urinaires, rougeur ou douleur de cicatrice, etc). Des examens complémentaires simples (numération sanguine, examen cyto bactériologique des urines) peuvent s'avérer utiles pour l'évaluation médicale.

Lors de la visite, le professionnel vérifie la bonne prise du traitement et adapte le cas échéant la prescription. La contraception et la reprise de la sexualité sont évoquées. L'intérêt de la visite postnatale et de la rééducation périnéale est expliqué.

La visite est aussi l'occasion d'aborder le vécu de l'accouchement et de la naissance. Plusieurs auteurs (16,18,59,179) recommandent d'inciter la mère à raconter sa perception de « l'événement naissance ». Dans les jours suivant la naissance, la mère éprouve le besoin de discuter de façon détaillée son expérience de la naissance (18). Le vécu corporel et psychologique est évoqué. Reynolds (181) affirme qu'il peut exister un tableau de stress post-traumatique après un accouchement chez certaines femmes. Cette « expérience traumatique de la naissance » toucherait un faible pourcentage de femmes, mais pourrait entraîner des séquelles psychologiques à long terme et avoir des retentissements néfastes sur la relation mère/enfant.

Le suivi évalue l'état psychologique et le degré de bien-être de la mère, et dépiste éventuellement une décompensation psychiatrique. Une enquête menée au Québec (12) évaluant les programmes de suivi après sortie a montré que le délai bref (72 premières heures) entre la sortie et la prise de contact par le professionnel de santé chargé du suivi (par téléphone, visite à domicile ou consultation) avait un impact positif sur la santé mentale des mères 1 mois après l'accouchement.

Un des outils utilisés pour évaluer la dépression du *post-partum* est l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). C'est un outil d'évaluation validé et simple d'utilisation élaboré par Cox en 1987 (113,182). Il s'agit d'un autoquestionnaire qui

comprend 10 critères, cotés chacun de 0 à 3, la valeur seuil définissant un état dépressif étant fixée à 13. En France, Guédény (116) a traduit les travaux de Cox et réalisé une étude sur un échantillon de femmes françaises. D'après les résultats de cette étude, la valeur seuil de 13 retenue par Cox est estimée discriminative, mais pas assez sensible. Pour Guédény, un score de 12 signifie qu'une mère a 94 % de risque d'être déprimée, 80 % des femmes dont le score est de 11 sont déprimées et une femme dont le score est inférieur à 11 a 81 % de chance de ne pas être déprimée. Le score EPDS est un outil que les professionnels peuvent facilement utiliser, à la fois de façon systématique dans un but préventif, mais aussi pour objectiver leur ressenti (183).

L'apprentissage et l'éducation des mères doit se poursuivre et se compléter à domicile. La mère doit être rassurée dans son savoir-faire (172), afin d'acquérir un sentiment de confiance et de compétence dans ses capacités à s'occuper de son enfant.

L'autonomie de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né doit être encouragée au maximum.

Une grille d'analyse de l'enseignement dispensé aux mères (158) peut permettre de mieux apprécier les capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né.

Le suivi à domicile favorise une observation et une évaluation globales des conditions de vie de la mère et de la famille, au plan matériel et affectif. Les difficultés d'adaptation de la mère à son nouveau rôle doivent être repérées, et les mères orientées vers le ou les professionnels concernés.

L'aide par une technicienne d'intervention sociale et familiale ou par une auxiliaire de vie sociale peut être proposée, ainsi que l'intervention de l'assistante sociale.

La visite de suivi auprès de la mère est un moment de « présence, soutien, éducation et écoute » (51,94).

#### V.1.2. L'enfant

Les recommandations américaines et québécoises (89,158,176) préconisent un examen du nouveau-né par un professionnel de santé expérimenté dans les 48 heures suivant la sortie. Dans les expériences françaises (73), le suivi après retour à domicile commence dès le lendemain de la sortie, et pendant 2 jours consécutifs, puis les rendez-vous sont adaptés en fonction des besoins, selon l'appréciation des professionnels chargés du suivi.

La visite, à domicile ou en consultation, comporte un examen clinique du nouveau-né, des conseils pour les soins de puériculture et une évaluation de l'intégration du nouveau-né dans son environnement.

L'examen clinique apprécie l'état général de l'enfant, l'existence et/ou l'évolution d'un ictère. Une mesure transcutanée de la bilirubine peut être réalisée si besoin. L'examen évalue l'état de la peau et du cordon, et recherche des signes d'infection.

La température et l'évolution de la courbe de poids sont surveillées. L'interrogatoire auprès de la mère vérifie l'absence de troubles digestifs (vomissements, régurgitations, troubles du transit). L'aspect des urines et des selles est contrôlé.

L'observation de la tétée permet au professionnel de s'assurer de la bonne position de l'enfant au sein et de l'efficacité de la tétée. La mère apprend à reconnaître les signes d'un allaitement bien établi : comportement de l'enfant qui s'endort repu après la tétée, nombre de tétées par 24 heures (au moins 8), nombre de mictions.

Les tests de dépistage sont réalisés si la sortie est intervenue avant le délai optimal pour leur fiabilité.

La visite apprécie la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né : qualité des échanges visuels et verbaux (184), réponse aux stimulations.

La visite permet de rassurer la mère, d'apporter des réponses personnalisées, de dispenser des conseils de puériculture. Les soins du cordon suscitent souvent beaucoup de questions (« peur fantasmagique du cordon » (93)). Les besoins de l'enfant, ses rythmes biologiques, la préparation des biberons sont des sujets abordés au cours des différentes visites.

À domicile, la toilette ou le bain du nouveau-né sont parfois effectués en présence du professionnel, lorsque la mère en éprouve le besoin (48). Le père peut participer aux soins à l'enfant.

Le professionnel a un rôle de soutien et d'accompagnement, il encourage la mère à poser des questions et à formuler ses inquiétudes (18).

La continuité du suivi de l'enfant est prévue : suivi médical, vaccinations, coordonnées des professionnels assurant le relais et celles des services d'urgence.

## V.2. Quelles modalités de suivi après RPDA ?

Le suivi doit idéalement être possible 7 jours sur 7. La famille connaît, dès la sortie de maternité, les coordonnées téléphoniques du professionnel référent chargé du suivi de la mère et de l'enfant. La première visite ou consultation est programmée dès la maternité (126). Dans la mesure du possible, le professionnel chargé du suivi a un premier contact avec la mère lors du séjour en maternité. Cette démarche est particulièrement appréciée des mères, par le climat de confiance qu'elle instaure (31,48). La structure chargée du suivi garantit que la première visite a lieu dans les délais préconisés (12).

Les familles connaissent les coordonnées d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24, qui permet de les rassurer, et de les adresser au professionnel adéquat le cas échéant (126). Chaque structure de suivi de RPDA organise les modalités de cette permanence.

Quel que soit le dispositif de RPDA mis en place, le médecin traitant doit être informé du RPDA de la mère et du nouveau-né, ainsi que de la fin du suivi organisé dans le cadre du RPDA (19,158).

Un dossier ou fiche de liaison permet les transmissions essentielles à la continuité du suivi médical et psychosocial de la mère et de l'enfant (48,49,69,73).

C'est un outil de transmission créé par l'équipe chargée du suivi. À la fin du suivi, ce dossier est archivé selon les procédures réglementaires d'archivage des dossiers. Cet outil est un support d'évaluation des pratiques professionnelles (69).

La maternité tient un registre de suivi, qui précise les conditions de sortie et le (ou les) professionnel(s) chargé(s) du suivi. Ce registre facilite le recueil de données nécessaires aux évaluations de pratiques ultérieures et au bilan annuel d'activité. Le PMSI pourrait permettre la traçabilité des RPDA, par un codage spécifique.

Certaines équipes intègrent les données de surveillance de la mère et de l'enfant durant la période du *post-partum* immédiat dans le carnet de maternité dédié à la surveillance de la grossesse. La visite postnatale de la mère pourrait être retranscrite sur ce carnet. La mère est détentrice de ce carnet.

Le nombre de visites et la durée du suivi sont très variables selon les pays et les études. Selon les équipes, il peut s'agir d'un suivi à court terme, de durée identique à la durée de séjour « classique » avec relais éventuel vers d'autres interlocuteurs (médecins généralistes, PMI, pédiatres libéraux) (51). La durée du suivi peut atteindre 7 jours. Parfois, le suivi peut être modulé en fonction des besoins perçus par le professionnel et/ou la mère (48,69,94). Idéalement, le suivi est individualisé et centré sur les besoins de la famille (18,48).

Le groupe de travail estime qu'il doit y avoir au minimum 2 visites après la sortie (3,12). Ces visites doivent être programmées dès la sortie de la maternité.

- Dans les 48 heures suivant la sortie, la mère et l'enfant reçoivent la visite à domicile d'un professionnel. Une deuxième visite a lieu systématiquement pour les primipares dans les 8 premiers jours. Cette visite est facultative pour les multipares, si elles n'en ressentent pas le besoin.
- Le professionnel chargé du suivi prend des nouvelles par téléphone, si cette deuxième visite n'a pas lieu.
- Enfin, une visite à 8/10 jours est obligatoire, afin d'évaluer l'état de santé physique et psychologique de la mère. Un examen du nouveau-né réellement réalisé entre 8 et 10 jours de vie aurait une valeur médicale essentielle. À cette date, le dépistage des malformations cardiaques est facilité, ainsi que l'évaluation de l'évolution d'un ictère et la bonne marche de l'allaitement. Le certificat du 8<sup>e</sup> jour redeviendrait alors un véritable outil d'épidémiologie, d'évaluation et de recherche.

Le programme de RPDA doit définir impérativement qui réalise les tests de dépistage néonataux, en assure la traçabilité et le contrôle.

Le suivi à domicile semble le plus performant. On constate souvent une mauvaise observance des consultations en dehors du domicile (13,185), car certaines femmes ont des difficultés à se déplacer (distance, absence de véhicule, conditions climatiques) (138). Les délais d'attente en consultation peuvent les décourager.

Cependant, certaines familles acceptent mal l'idée de la visite d'un professionnel à leur domicile, soit culturellement, soit par crainte des services sociaux, soit parce qu'elles sont en situation irrégulière en France. Le refus de visite à domicile doit être pris en compte, lors de la décision de RPDA. L'information donnée pendant la grossesse et la confiance établie entre la famille et les professionnels prennent ici toute leur valeur. La possibilité de se rendre à une consultation dans les locaux de la PMI peut lever les dernières réticences.

Quelle que soit l'organisation mise en place pour le suivi de RPDA, la famille doit connaître les prestations de la PMI, ainsi que les coordonnées des associations d'aide aux mères (186) : associations d'aide à l'allaitement maternel, associations de femmes-relais (41,187), associations de femmes migrantes, etc.

L'aide aux tâches ménagères doit être systématiquement proposée aux mères, et le dispositif de suivi doit pouvoir organiser rapidement cette aide, dès le retour à domicile. Le dispositif de suivi doit prévoir des conventions avec les caisses d'allocations familiales et les CPAM, pour que les prestations d'aide aux tâches ménagères ne soient pas à la charge des familles.

Le professionnel chargé du suivi doit savoir établir des liaisons avec d'autres partenaires ou établissements de santé, il doit pouvoir orienter la mère ou le nouveau-né vers un autre interlocuteur.

En cas de réhospitalisation de la mère ou de l'enfant, l'admission du couple mère-enfant sera facilitée pour éviter la séparation (15,16).

Cette organisation dédiée au RPDA pourrait être reprise, en fonction des besoins, quelle que soit la durée de séjour en maternité. Elle pourrait éviter certaines sorties contre avis médical.

## **VI. QUELS PROFESSIONNELS ?**

Le ou les professionnels en charge du suivi du couple mère-enfant doivent garantir la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né, et ceci dans le contexte familial (89). Les compétences attendues pour le suivi de la mère et de l'enfant sont médicales, techniques et relationnelles (15,93,122).

La surveillance et l'évaluation de la mère et du nouveau-né exigent une observation attentive, un examen clinique rigoureux, un diagnostic précis. Des connaissances actualisées sur la physiologie et la pathologie des suites de couches et du nouveau-né sont indispensables (12,18,85,124).

Le professionnel est capable de dépister toute anomalie somatique ou psychique, de déterminer quand demander l'avis d'un autre partenaire ou quand diriger la mère ou son nouveau-né vers un établissement de santé (15,16).

Le professionnel possède un savoir-faire pour la réalisation des gestes purement techniques (soins de périnée, pansements, tests de dépistage néonatal, etc.).

Son rôle éducatif, de conseil et de soutien est primordial auprès de la famille. Les qualités requises sont l'empathie et le respect de l'autre, afin d'établir une relation de confiance avec les parents (31,93).

La mère doit se sentir en sécurité et percevoir la confiance du professionnel en ses capacités. La disponibilité, une attitude positive et une écoute de qualité ont un impact très positif sur le vécu des parents. Cela renforce leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur enfant (31).

Ces compétences et qualités supposent que les professionnels intervenant dans le suivi après RPDA soient des professionnels entraînés, ayant une bonne aptitude à la communication et acceptant de réactualiser leurs connaissances par des formations continues régulières (15,85,89).

Les professionnels énumérés ci-dessous peuvent participer, selon leurs formations et compétences spécifiques, au dispositif mis en place en cas de RPDA. Ils interviennent durant toute la durée du suivi, seuls ou en collaboration.

### **VI.1. Les médecins**

#### *— Les médecins généralistes*

Depuis plusieurs années, la tendance à la « technisation » de la grossesse avait conduit les patientes à faire suivre leur grossesse par des médecins gynécologues (61).

Pour répondre au manque de places en consultation, les services hospitaliers « délèguent maintenant volontiers le suivi » des grossesses (188).

Le médecin généraliste revendique son rôle de prévention et d'orientation lors de la grossesse et en postnatal (189). Il peut assurer le suivi de la mère et de l'enfant. Le dépistage des troubles de l'attachement est favorisé par sa bonne connaissance de la famille et de son environnement.

La création du diplôme inter-universitaire de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les généralistes peut leur permettre de s'intégrer aux réseaux périnataux (188), dans le suivi après RPDA en particulier.

— *Les pédiatres libéraux*

« *Le RPDA peut être l'occasion d'une transmission entre la maternité et le service de prise en charge à domicile d'une part, (et) le futur pédiatre traitant d'autre part* » (43).

— *Les gynécologues*

## **VI.2. La sage-femme**

« *La sage-femme possède un statut médical à compétence définie et encadrée.* »

La profession de sage-femme est régie par des textes réglementaires, dont le Code de déontologie. La sage-femme assure la surveillance de la grossesse, de l'accouchement, et les soins postnatals de la mère et de l'enfant, dans les limites de la physiologie. En cas de pathologie, la sage-femme collabore avec le médecin à la prise en charge de la mère et de l'enfant ([www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof](http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof)).

En période postnatale, ses compétences garantissent une prise en charge globale du couple mère-enfant. Elle a un rôle essentiel d'accompagnement, d'éducation et de prévention auprès des couples.

La reconnaissance des pratiques du suivi du *post-partum* par la récente tarification des actes pourrait inciter des sages-femmes à s'installer en secteur libéral pour prendre en charge le suivi après RPDA (26).

L'organisation du suivi après RPDA doit prendre en compte les perspectives actuelles sur l'évolution des compétences des sages-femmes. Des réflexions sont menées pour actualiser la liste des prescriptions autorisées aux sages-femmes, afin de leur permettre de réaliser l'examen postnatal (188) ([www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof](http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof)).

## **VI.3. La puéricultrice**

La puéricultrice est une infirmière spécialisée dans les soins aux enfants (de la naissance à l'âge de 15 ans). Ses connaissances sur le développement, les besoins et l'environnement de l'enfant lui permettent d'assumer son rôle de soin, d'éducation et de prévention auprès des familles. La puéricultrice exerce, en particulier, dans les services de maternité, d'hospitalisation à domicile et de PMI ([www.anpde.asso.fr](http://www.anpde.asso.fr)).

La puéricultrice de PMI effectue des visites à domicile pour écouter, conseiller et sécuriser les mères.

Les soins et les conseils de puériculture sont une part importante des besoins formulés par les mères en suites de couches (56).

## **VI.4. L'assistante sociale**

L'assistante sociale possède un rôle d'aide et de soutien aux personnes en difficulté. Elle évalue les besoins matériels des familles et les informe sur leurs droits en matière

de prestations sociales et médicales. Elle oriente les familles vers des lieux d'accueil spécialisés, si cela s'avère nécessaire.

L'assistante sociale a un rôle primordial dans le repérage des familles vulnérables et de l'enfance en danger (61).

## **VI.5. Les aides à domicile (26)**

### — *La technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF)*

La formation des TISF est validée par un diplôme d'État depuis 1999. Elles assurent une aide dans la prise en charge de la vie quotidienne, assument des tâches concrètes multiples et ont un rôle de soutien moral et d'écoute.

Elles ne peuvent pas être employées directement par un particulier, elles sont mises à disposition de certains allocataires ou assurés par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou caisses primaires d'assurance Maladie (CPAM). Un formulaire d'intervention et un questionnaire d'évaluation des ressources doivent être envoyés aux organismes employeurs pour bénéficier de l'aide d'une TISF.

Ces organismes sont financés par les CAF et les CPAM. Une participation financière horaire de la famille est calculée selon le niveau de ressources. Un certificat médical permet la prise en charge par la CAF de 4 à 8 heures par semaine, suivant les disponibilités des associations d'aide à domicile. Le nombre d'heures allouées varie selon l'état de santé ou la situation sociale. L'intervention d'une travailleuse familiale a lieu dans un délai de 8 à 15 jours.

La PMI peut prendre en charge des aides ménagères et se substituer à la CAF pour le paiement des travailleuses familiales. Certaines mutuelles acceptent de rémunérer les TISF et les auxiliaires de vie (AVS).

### — *L'aide ménagère ou auxiliaire de vie sociale*

L'aide ménagère fournit une aide matérielle, elle participe à l'entretien de la maison, aux courses et aux soins sommaires d'hygiène. Le nombre d'heures proposé est de 30 heures par mois. Il peut être augmenté sur justification des besoins.

## **VII. QUELS TYPES D'ORGANISATION ?**

Plusieurs schémas d'organisation de RPDA sont envisageables pour répondre au cahier des charges du suivi du couple mère-enfant. Le dispositif de suivi doit garantir la qualité de la prise en charge des mères et des enfants, afin que leur sécurité physique et psychique ne soit pas compromise. Ce dispositif doit répondre au plus près aux attentes des usagers.

### **VII.1. Les structures de suivi possibles**

Il existe plusieurs dispositifs de suivi de RPDA, en France.

#### **VII.1.1. Hospitalisation à domicile (HAD)**

L'étude de la situation de l'HAD en France en 2003 (58) montrait que coexistent des structures variées :

- au niveau de leur statut juridique : des services inclus dans un hôpital public, des structures privées associatives relevant de la loi de 1901, privées à but non

lucratif, participant au service public hospitalier (PSPH) ou non, et structures privées à but lucratif ;

- au niveau de l’implantation, urbaine ou rurale, avec une influence sur le fonctionnement en termes organisationnels, les soignants devant se rendre au domicile des patientes, parfois éloigné ou difficile d’accès ;
- au niveau du mode de fonctionnement interne qui diffère également : personnel salarié exclusivement et/ou appel à des professionnels paramédicaux libéraux.

#### VII.1.2. Sages-femmes détachées d’un centre hospitalier

Les sages-femmes font partie de l’équipe de la maternité et en sont détachées pour cette mission de suivi à domicile (45,48). Le financement est assuré dans le cadre du budget global de l’établissement.

#### VII.1.3. PMI

Les missions de la PMI sont définies par l’ordonnance de 1945, modifiée par la loi du 18 décembre 1989. Le décret du 6 août 1992 fixe des normes réglementaires et définit les objectifs nationaux en matière de santé familiale et périnatale. Dans tous les départements français, un service de PMI est chargé de promouvoir, d’animer et de coordonner des actions médico-sociales. La PMI assure des missions de prévention pour les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de 6 ans requérant une attention particulière. Ces actions peuvent s’exercer à domicile ou dans un lieu spécifique à la PMI. C’est un service public de proximité, gratuit, accessible à tous sans discrimination de ressources ou socio-économiques.

Le personnel de PMI est constitué de sages-femmes, d’infirmières puéricultrices, de psychologues, d’assistantes sociales, de médecins, qui travaillent sous la responsabilité d’un médecin coordonnateur.

Ce service médico-social pluridisciplinaire collabore avec les équipes hospitalières, les médecins libéraux et les services d’aide sociale à l’enfance. Ceci permet le repérage et l’accompagnement des familles vulnérables. La PMI est un partenaire incontournable des réseaux périnataux (64,71).

Depuis les lois sur la décentralisation, chaque service de PMI détermine les objectifs et les moyens qu’il attribue à ses actions, en fonction des priorités définies par le conseil général. Il en découle de grandes variations d’un département à l’autre. La répartition des moyens ne permet pas toujours aux services de PMI d’être en conformité avec les normes établies (ratio sages-femmes et puéricultrices/naissances, etc.).

Dans certains départements de la région parisienne, la PMI intervient dans le suivi de sortie précoce du *post-partum*, pour pallier le manque de dispositif spécifique. Cette nouvelle mission est parfois accomplie au détriment des tâches plus spécifiques de la PMI, telle la surveillance mensuelle des nourrissons (41).

Dans d’autres cas, la PMI est intégrée dans le dispositif de suivi : des créneaux de consultations sont réservés pour les nouveau-nés sortis précocement (49).

#### VII.1.4. Réseaux

La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. Un réseau de santé constitue une forme organisée d’action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d’acteurs : professionnels des champs sanitaires et sociaux,

de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé (190).

Les réseaux périnataux de proximité sont une ressource logique pour le suivi de RPDA. En leur absence, le dispositif de RPDA peut s'appuyer sur un réseau de soins créé spécifiquement.

## **VII.2. Mise en place d'un dispositif de suivi**

Un projet de RPDA organisé se construit en respectant plusieurs étapes, que ce projet soit initié par un établissement ou qu'il naisse au sein d'un réseau périnatal. Le projet obéit à des objectifs précis qui incluent des bénéfices attendus pour les familles, les professionnels, l'établissement ou le réseau et pour la collectivité (12,26,41,86,191). Le bilan de l'existant et l'étude des besoins et des attentes de la population sont des préalables à la mise en place d'une politique de RPDA.

Le bilan de l'existant identifie les ressources (12) :

- les structures ou organisations : service d'HAD, réseaux, associations, etc. ;
- les professionnels : démographie médicale et paramédicale, répartition sur le secteur géographique, possibilité de coopération et complémentarités ;
- les modalités de prise en charge existantes.

Les besoins et attentes de la population sont évalués.

La répartition géographique est étudiée, afin de déterminer l'aire géographique et la population concernées par le programme de suivi. L'étude de la répartition de la population (zone urbaine ou rurale) permet de répondre de façon spécifique aux besoins des populations. Le profil socio-économique (difficultés sociales, précarité, isolement) et culturel est à prendre en compte.

Les usagers sont impliqués dans le projet par le biais des associations.

Les modalités de fonctionnement sont définies :

- les partenaires sont identifiés, les réseaux qui existent sont renforcés, les modalités d'articulation entre les différents partenaires sont établies (126) ;
- les rôles et les champs de responsabilité (médecin/sage-femme ; maternité/services extérieurs) (12,15) sont clairement fixés ;
- une charte de fonctionnement est rédigée et validée par les partenaires et les tutelles (71) ;
- une information large et renouvelée de l'ensemble des professionnels du secteur concernés par la périnatalité est programmée ;
- les critères d'orientation des patientes sont déterminés, selon leur choix, leur type de prise en charge et leur lieu d'habitation ;
- un annuaire des professionnels est rédigé (44) pour déterminer plus aisément le professionnel chargé du suivi, il est diffusé largement ;
- les besoins en équipement sont évalués, ainsi que les coûts de fonctionnement ;
- un système d'information est prévu, afin d'assurer la continuité des soins (12,190) ;
- les besoins en formation des professionnels sont identifiés (12) ;
- la place des usagers et leur rôle sont précisés (49) ;

- un responsable coordonnateur du programme est nommé ;
- le statut juridique du dispositif est défini ;
- un calendrier de mise en œuvre est suivi ;
- l'évaluation du dispositif est programmée, les outils de recueil des données sont prévus (126).

### VII.3. Conditions de réussite

Le RPDA ne doit pas être une politique d'occupation et de gestion des lits, mais une véritable politique de service, dans laquelle les professionnels s'engagent (19).

Les équipes de maternité doivent être motivées par cette option offerte aux mères et aux familles (52,94).

Les différents professionnels participant au suivi du RPDA travaillent en partenariat, la qualité de leur collaboration est un gage de la qualité du suivi (12,124). La participation à des réunions communes pluridisciplinaires, le partage d'informations et l'utilisation de protocoles communs permettent une prise en charge cohérente de la mère et de l'enfant (45,48,49,51).

Le rôle de chaque intervenant est clairement défini, ainsi que son champ de responsabilité (15).

### VII.4. Types de financement

#### VII.4.1. Type de financement de l'HAD

Les structures d'HAD sont diverses, tant par leur taille que par leur statut ou leur mode de financement : dotation globale pour les unes, prestations facturées selon le nombre de journées réalisées pour les autres. Néanmoins, dans tous les cas, la facturation des séjours est basée sur un prix de journée unique qui diffère d'une structure d'HAD à l'autre. D'après une enquête du CreDES parue en 2003 (58), le coût moyen global de l'HAD était estimé à environ 140 € par journée. Ce coût par journée variait suivant différents critères relatifs à la fois à l'état de santé du patient et à la structure d'HAD. La tarification actuelle n'en tient pas compte : au sein d'une même structure, les journées sont rémunérées par un prix de journée uniforme. Les facteurs explicatifs des variations du coût médical direct sont, par ordre décroissant d'influence : la durée de séjour, la nature du protocole de soins principal (les cas obstétricaux, et notamment la prise en charge du nouveau-né et le *post-partum*, sont les protocoles les moins chers : entre 50 et 64 €), le mode de sortie d'HAD, l'âge et la dépendance locomotrice du patient, le statut de la structure. À partir de ces éléments, le plan hôpital 2007 prévoit dès 2004 le passage à une tarification à l'activité pour les structures d'HAD privées régulées dans l'enveloppe « cliniques privées » de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il étendra en 2005 ce mode de financement aux structures sous dotation globale.

#### VII.4.2. Type de financement des réseaux

Le financement des réseaux est complexe, en pleine évolution et fait appel à de nombreux acteurs potentiels (192). Parmi les sources de financement possibles des réseaux, il faut citer :

- l'État (DRASS, DDASS) ;
- l'ARH (si le réseau concerne des établissements hospitaliers et sur agrément de leurs commissions consultatives) ;

- les collectivités locales ;
- l'industrie privée.

### VII.5. Évaluation des programmes de suivi

L'évaluation du dispositif de suivi de RPDA doit être prévue dès sa mise en place, afin de construire les outils de recueil de données (124,126). La modification des outils existants (carnet de santé, carnet de grossesse) améliorerait notablement le recueil des données.

Le RPDA, comme n'importe quelle sortie de patient hospitalisé, est une étape d'une chaîne de soins (86). Le guide Anaes « la préparation de la sortie du patient hospitalisé » propose des critères de qualité élaborés selon trois dimensions : la qualité perçue par les patients, la qualité attendue par les patients et la qualité voulue par les professionnels et le législateur. Des critères de qualité ont été élaborés et peuvent être utilisés, après adaptation, pour évaluer plus spécifiquement le RPDA. Ce guide présente plusieurs exemples de méthodes d'amélioration de la qualité, permettant d'évaluer l'ensemble du processus de RPDA.

Plusieurs indicateurs de la qualité des programmes de suivi de RPDA sont cités dans la littérature étrangère (124,126). Ces indicateurs permettent de vérifier que le RPDA n'a pas d'effets délétères sur la santé physique et morale de la mère et de l'enfant. Ils permettent aussi de s'assurer des bénéfices du RPDA pour les couples mère-enfant, les familles, les professionnels et la collectivité (27). Ces indicateurs mesurent le degré de satisfaction des familles, celle des professionnels des maternités et celle des professionnels chargés du suivi (12,32,167,175).

Certains de ces indicateurs ne peuvent pas toujours être suivis de façon systématique, par manque d'outils de recueil de données (taux d'allaitement maternel à 1 mois, taux de réadmissions des mères et des enfants, nombre de consultations auprès des services de santé). Des études ponctuelles sont alors nécessaires : enquêtes de satisfaction, nombre de mères optant pour le RPDA lors d'une naissance ultérieure, etc.

L'évaluation de pratiques par une méthode d'amélioration de la qualité (audit clinique ou autre) est toujours opportune et permet de repérer les axes d'amélioration (respect des critères requis pour les mères et les enfants, respect du cahier des charges du dispositif, évaluation de la qualité du dossier de liaison, etc.) (69).

Le bilan annuel d'activité (registre de RPDA, enregistrement des durées de suivi, du nombre de visites) est recommandé.

Dans le cas des réseaux de soins, l'évaluation est rendue difficile du fait de la complexité des organisations multi-institutionnelles et pluriprofessionnelles (193). L'évaluation des réseaux porte sur l'atteinte des objectifs (une meilleure orientation des patients, une amélioration de la coordination et de la continuité des soins), les effets directs et indirects positifs et négatifs du réseau (190). La mission périnatalité propose la mise en place d'un « *système d'information performant permettant un suivi épidémiologique des indicateurs de santé au sein des réseaux et une évaluation rigoureuse de l'efficacité du réseau sur la santé des mères et des enfants* ».

L'évaluation garantit la qualité d'un programme de RPDA, elle permet de se situer dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations offertes aux familles (12,194).

---

## ASPECTS ÉCONOMIQUES

---

Depuis 20 ans, on observe dans la plupart des pays industrialisés une tendance à réduire la durée des séjours en maternité des mères et de leur nouveau-né. Ce phénomène s'explique en partie par la distorsion entre les compressions budgétaires auxquelles sont confrontés les établissements de santé (14,195) et une demande de soins croissante. Dans les maternités françaises, la durée moyenne de séjour des femmes en suites de couches est la plus élevée des pays développés : entre 4 et 5 jours alors qu'elle se limite à 48 heures dans les pays anglo-saxons ou scandinaves. Aux États-Unis notamment, dans un contexte socioculturel différent de celui de la France, la diminution du séjour hospitalier après accouchement résulte de la pression des compagnies d'assurances médicales qui prennent en charge partiellement le coût du séjour *post-partum*. La durée de séjour peut y être très brève, de l'ordre de 24 heures ou moins.

L'extension du retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) a amorcé un large débat sur la sécurité et le ratio coût/avantage d'un séjour en maternité plus court (1). L'effet délétère et potentiellement iatrogène d'un séjour prolongé en établissement de santé a également été discuté.

L'analyse critique de la littérature française et internationale a mis en évidence la faiblesse méthodologique des publications analysées et le manque de robustesse de leurs conclusions. Il paraît néanmoins nécessaire de s'interroger sur l'impact économique du retour précoce à domicile après accouchement, en raison du potentiel développement de cette modalité de prise en charge et des coûts attendus qu'elle pourrait générer. L'argumentaire économique développé dans ce rapport répond à 2 objectifs principaux :

- donner des éléments d'information sur les aspects économiques de la sortie précoce après accouchement en France en 2004 ;
- à la lumière de l'analyse des publications internationales, discuter des éléments qui devraient être pris en compte par les auteurs afin d'évaluer de manière rigoureuse cette pratique qui tend à se diffuser.

### I. SÉLECTION DES ARTICLES ÉCONOMIQUES

La recherche documentaire a identifié 66 références économiques sur le retour précoce à domicile après accouchement. Trente et une références ont été intégrées au rapport : il s'agissait de publications françaises portant sur des expériences de RPDA ou d'études internationales comparatives (sortie précoce *versus* séjour hospitalier traditionnel, mise en place de structures spécifiques de suivi du *post-partum versus* absence d'accompagnement organisé).

La rigueur méthodologique des articles sélectionnés était faible. La grille de sélection de Drummond (196) n'a pu être appliquée à ces publications pour la plupart descriptives (annexe 4). Plus particulièrement, la validité interne des articles sélectionnés devrait prendre en compte les caractéristiques suivantes :

- homogénéité des 2 groupes comparés ;
- estimation des coûts hospitaliers évités dans la logique du coût marginal. Le coût marginal est le coût de la dernière unité produite. Le raisonnement à la marge est le

seul valide en évaluation médico-économique : c'est celui qui permet de définir les seuils « optimaux », c'est-à-dire au-delà desquels la collectivité peut considérer que les ressources ne sont plus dépensées de façon socialement utile (197) ;

- analyse de l'étude selon le point de vue de la société (avec estimation des coûts ambulatoires induits) ;
- prise en compte des coûts d'externalisation des soins (coordination, notamment).

Une étude économique comparative devrait satisfaire l'ensemble de ces 4 conditions afin de donner des résultats valides et exploitables.

### **I.1. Données françaises**

Peu d'études françaises ont axé leurs réflexions sur les conséquences économiques du RPDA ou sur la comparaison en termes économiques des RPDA *versus* les sorties traditionnelles. Les 7 études que nous avons sélectionnées correspondaient à des publications issues d'expériences de RPDA menées en France entre 1985 et 2002. Aucune étude de type « coût/avantage » n'a été identifiée mais des travaux de thèse ou des sujets d'enseignement auprès des sages-femmes ont été analysés. Ils étaient de faible qualité méthodologique mais présentaient un état des lieux ponctuel de la pratique dans des maternités données (*tableau 1*).

Les publications françaises sélectionnées présentaient des limites et faiblesses méthodologiques :

- le petit nombre de femmes sélectionnées incitait à considérer les résultats de chacune des études analysées comme indicatifs et non généralisables ;
- l'horizon temporel des études menées était restreint : seuls les quelques jours suivant le RPDA ont fait l'objet d'une analyse. Il conviendrait d'élargir cet horizon temporel afin de prendre en considération les bénéfices ou les risques cliniques d'une telle pratique à moyen terme ;
- aucune étude n'a évalué les coûts indirects d'un RPDA, à savoir (59) : le coût des examens, le retard de diagnostic d'une pathologie grave de l'enfant, l'arrêt de travail d'un membre de la famille pour aider la mère ;
- les coûts marginaux n'ont été mis en évidence que dans 1 seule (68) des 7 études sélectionnées ;
- les études sélectionnées ne mettaient pas en évidence le transfert budgétaire sur d'autres enveloppes lié au suivi hors hôpital des femmes sorties précocement de maternité.

### **I.2. Données internationales**

Sur les 24 études sélectionnées, une seule n'était pas comparative (124). Sept études étaient de type minimisation de coûts mais la majorité des articles analysés correspondait à des revues de synthèse ou à des analyses de coûts évités par le RPDA selon différentes méthodologies et divers points de vue : hospitalier pour 17 études et sociétal pour 2 études. En théorie, seules les études qui évaluent les coûts pour la société devraient être analysées, mais elles ont toutes été conservées en raison de leur valeur informative. Toutes les publications ont fait l'objet d'une analyse approfondie afin d'en déterminer les faiblesses méthodologiques et de recenser l'ensemble des éléments qui devraient être pris en compte dans l'évaluation médico-économique du RPDA.

Plusieurs limites et difficultés ont pu être soulignées.

- Type de coûts analysés :
  - le résultat principal était le coût évité potentiel lié à une durée de séjour plus courte mais pour des acteurs différents (institutionnels, médecins, mères, hôpital, etc.), ce qui ne permettait pas de savoir qui bénéficiait réellement de ces coûts évités ;
  - les coûts marginaux n’ont pas été mis en évidence ;
  - le coût total du RPDA pour la société ou pour les familles n’était pas estimé ;
  - les coûts hospitaliers et les charges (prix facturés par l’hôpital) ont été utilisés sans distinction ;
  - les études n’utilisaient pas des postes de coûts identiques entre elles ;
  - certaines études manquaient de précision quant aux coûts inclus ou exclus de l’analyse.
- Validité interne :
  - le nombre de patientes était très variable selon les études et généralement peu élevé ;
  - la perspective sociétale était analysée dans 2 études seulement (198,199) ;
  - la puissance statistique des études était généralement trop faible pour mettre en évidence une différence significative entre le groupe d’étude et le groupe contrôle.
- Validité externe :
  - les évaluations économiques publiées sur le RPDA sont partielles et incomplètes ;
  - il est difficile de généraliser les résultats et de les interpréter en dehors du contexte où elles ont été réalisées : quel que soit le pays d’origine des études analysées (États-Unis, Australie, Suisse), l’organisation des systèmes de soins, les modalités de tarification, les facteurs culturels diffèrent ;
  - la généralisation des conclusions et les comparaisons étaient difficiles en raison de la variabilité des méthodologies, des définitions utilisées dans ces études, des périodes sur lesquelles elles ont été réalisées, des types de suivi du *post-partum*, des populations cibles.

Certaines analyses complémentaires seraient nécessaires. Les coûts réels des stratégies de RPDA comparativement aux coûts hospitaliers n’ont pas été évalués précisément (101,122,200). Lukacs a noté 4 items essentiels pour déterminer les coûts réels d’une telle stratégie : coûts de mise en place, coûts des visites à domicile (soignants et temps de transport), nombre de visites par patient, coûts des ressources utilisées par les familles. Les coûts directs hospitaliers évités devraient ainsi être comparés aux coûts induits par le suivi du *post-partum* hors hôpital, quelle que soit la structure de prise en charge du *post-partum*.

Le bien-fondé d’une extrapolation des résultats des études sélectionnées est fonction des politiques locales de sortie de la maternité, de la configuration des services et du coût relatif des structures mises en place (199).

## II. RÉSULTATS : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE FRANÇAISE

### II.1. Aspects économiques du retour précoce après accouchement

Différents aspects caractérisent l'impact économique lié au retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) (201) :

1. la diminution de la durée d'hospitalisation qui allège de façon sensible la charge de la collectivité ;
2. un transfert possible de la quantité de soins : la diminution de la durée d'hospitalisation soulage le personnel infirmier, les puéricultrices et auxiliaires puéricultrices de tâches non indispensables, puisque les familles peuvent s'en acquitter à domicile. Ceci leur permet d'accorder une attention et des soins de meilleure qualité aux mères et aux enfants dont l'hospitalisation est impérative ;
3. les transferts de coût vers la famille et les systèmes de soins locaux.

La réduction de la durée moyenne de séjour conduit à une réorganisation profonde de l'offre hospitalière. Dans le cadre des réseaux articulant l'hôpital et la ville, cette évolution aurait pour effet d'introduire une grande souplesse dans l'emploi des ressources en personnel. La modification principale concerne l'organisation du travail des équipes autour du patient (202).

La réduction de la durée de séjour doit s'accompagner d'une organisation de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en amont et en aval (202).

### II.2. Études comparatives entre sorties précoces et sorties traditionnelles

Dans leurs thèses respectives, Pollet (19) et Lamort de Gail (68) ont réalisé une étude comparative entre des femmes sorties précocement et d'autres sorties traditionnellement, afin d'estimer les coûts occasionnés par ces 2 types de stratégie. Les 2 groupes comparés étaient supposés homogènes.

Pollet (19) a évalué les coûts pour l'un ou l'autre des modes de sortie, en choisissant une durée d'hospitalisation de 5 jours pour les sorties traditionnelles et de 3 jours pour les RPDA. L'étude a été réalisée du point de vue de la sécurité sociale, en prenant en compte l'ensemble des frais occasionnés pour les soins de la mère et du nouveau-né pendant respectivement 1 mois et 3 mois après l'accouchement.

Comparativement à une sortie traditionnelle, la dépense moyenne pour un RPDA, tout frais confondus, était inférieure de 27 % pour les soins de la mère et de 10 % pour les soins du nouveau-né. La diminution des dépenses totales dans le cadre d'un RPDA était de 37 % environ. Les dépenses étaient donc nettement supérieures dans le cas des hospitalisations traditionnelles mais les résultats donnés dans cette étude étaient biaisés : seules les charges directes hospitalières étaient comparées dans les 2 stratégies ; les coûts générés par la prise en charge du *post-partum* hors hôpital n'étaient pas comptabilisés. Ce résultat est donc contestable, excepté si le différentiel de coût est réellement lié aux premiers jours de vie.

Les dépenses de pharmacie représentaient une part importante des prestations remboursées par la sécurité sociale pour une patiente, qu'elle soit sortie précocement ou non. Il existait très peu de différences dans les dépenses de pharmacie pour les nouveau-nés, que la sortie soit précoce (41,75 % dans les prestations remboursées) ou

non (42,21 %), alors que pour les mères, les dépenses étaient plus élevées dans le cas des RPDA (62,74 % *versus* 49,17 % pour une sortie traditionnelle).

La différence de demande de consultation entre les 2 groupes de femmes n'était pas significative. Pour les sorties traditionnelles, les consultations représentaient 47,44 % des dépenses alors que pour les RPDA, elles représentaient 26,22 % et en ce qui concerne les enfants, elles représentaient 47,8 % dans le premier cas et 42,14 % dans le deuxième. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, les patientes sorties précocement ont eu moins recours à des soins en consultation. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce comportement : les patientes sorties précocement de l'hôpital sont « démedicalisées » et responsabilisées plus tôt ; les critères de RPDA sélectionnent des couples mère-enfant sans problème médical.

En obstétrique, les charges se répartissent de manière inégale selon les différentes journées du séjour. L'étude menée à l'AP-HP en 1991, et reprise par Lamort de Gail dans sa thèse (68), a analysé les effets de la diminution de la durée de séjour à l'hôpital à l'aide d'un raisonnement en termes de coût marginal. Elle donnait la répartition suivante : l'accouchement (J0) mobilise au maximum le plateau technique, nécessite la plus grande concentration de personnel le plus qualifié, la plus forte intensité de traitements et actes médicaux, donc le coût le plus élevé ; de J1 à J3, les charges liées aux soins diminuent rapidement ; de J3 à J6, elles tendent à s'annuler, il ne reste alors que les charges liées à la structure hospitalière et aux dépenses hôtelières. Entre une surveillance hospitalière de 5 à 6 jours et une surveillance hospitalière de 2 jours plus 4 jours à domicile, la comparaison des charges hospitalières était en faveur des suites de couches à domicile.

L'étude de l'AP-HP a montré qu'avec un RPDA et donc la baisse de la durée de séjour en maternité, les dépenses liées aux actes médicaux restaient constantes sur l'ensemble du séjour (les journées les moins coûteuses se trouvaient supprimées et la baisse de la durée de séjour provoquait une densification des soins et des actes médicaux : un examen prescrit à J5 n'est pas supprimé dans le cas d'une sortie à J3, mais effectué à J2). Seules les dépenses liées à la prestation hôtelière et aux produits médicaux baissaient proportionnellement à la réduction de la durée de séjour, mais ces dépenses ne représentaient que 20 % environ du coût journalier. La suppression de jours d'hospitalisation entraînait une diminution de 20 % du coût journalier mais la densification des soins et des actes médicaux augmentait d'environ 10 % le coût journalier des journées d'hospitalisation restantes. Le coût du séjour raccourci représentait au total 95 % du coût du séjour complet. Si à ce montant était ajouté le coût de 4 journées de prise en charge à domicile, l'intérêt économique n'était plus évident.

Seul un bilan calculé sur une année de fonctionnement permettrait de voir si un intérêt financier se dégage ou quelles mesures pourraient être prises pour tirer éventuellement un bénéfice économique (68).

Dans les études détaillées ci-dessus, les patientes sortant précocement n'ont pas eu plus recours aux consultations que celles sorties traditionnellement (19) : les dépenses étaient inférieures comparativement à une hospitalisation traditionnelle.

**Tableau 1.** Caractéristiques des études françaises sélectionnées.

Références	Site/population/période d'étude	Expérience Type de sortie précoce	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Decavel, 1985</b> (201)	Thèse pour le doctorat en médecine, Hôpitaux de Lille. Etude sur 182 faibles poids de naissance hospitalisés dans le service des prématurés du CHU de Lille entre juillet 1982 et mars 1983.	Analyse d'une expérience de retour précoce en milieu familial des enfants de faible poids de naissance.	Données générales sur les raisons économiques qui incitent à un « RPDA » des enfants de faible poids de naissance.	Population particulière retenue pour cette étude mais certaines données étaient transposables à tout RPDA. Thèse soutenue en 1985 : les réflexions économiques en ce domaine ainsi que la prise en charge des nouveau-nés de faible poids ont sans doute fortement évolué.
<b>Pollet, 1995</b> (19)	Thèse pour le doctorat en médecine, université Claude-Bernard – Lyon I. Étude dressant un bilan sur les RPDA après 18 mois de fonctionnement à l'hôpital Édouard-Herriot. Echantillon de 100 femmes ayant opté pour le RPDA, issu de 150 questionnaires adressés à partir de mai 1994. Comparaison des coûts sur 2 échantillons de 20 femmes (RPDA <i>versus</i> sortie traditionnelle).	Mise en place d'un système de sortie précoce (SOPREA). Visites à domicile de sages-femmes détachées du service de maternité.	Enquête d'opinion auprès des acteurs du RPDA. Comparaison entre les coûts occasionnés par les RPDA et ceux des sorties traditionnelles. Prise en compte de tous les frais occasionnés par les soins de la mère et de l'enfant pendant 1 et 3 mois, respectivement.	Mise en évidence des avantages et des inconvénients de la mise en place d'un tel système, par les différents acteurs concernés (femmes, médecins, sécurité sociale).
<b>Baetens, 1997</b> (203)	Forum en différé du 7 <sup>e</sup> salon de Gynécologie obstétrique pratique	Rapport d'expériences françaises diverses : Montmorency, l'HAD à l'AP-HP, la PMI à Saint-Denis, expérience de sage-femme libérale dans le Val-d'Oise.	Données économiques ponctuelles propres à chacune des expériences décrites.	Mise en perspective des différents types d'organisation du RPDA : avantages, inconvénients et conditions pratiques.

**Tableau 1 (suite).** Caractéristiques des études françaises sélectionnées.

Références	Site/population/période d'étude	Expérience	Coûts/évaluation économique	Commentaires
		Type de sortie précoce		
<b>Thieux, école de sages-femmes 1998</b> (202)	Enseignement post-universitaire des sages-femmes. Étude de l'HAD <i>post-partum</i> dans le cadre de l'évaluation de la grossesse à risque et de la surveillance de l'accouchement.	Présentation de l'HAD dans ses différentes mises en applications ( <i>ante</i> et <i>post-partum</i> ).	Réflexions économiques générales sur la réduction de la durée de séjour après accouchement en raison des contraintes budgétaires et de la réorganisation de l'offre de soins qu'elle implique.	
<b>Lamort de Gail, 2000</b> (68)	Thèse pour le doctorat en médecine, université de Rennes I. Etude sur la mise en place d'une sortie précoce à la maternité de Saint-Malo. Population : toutes les femmes de la maternité du CH de Saint-Malo qui auraient été autorisées à sortir précocement entre le 1 <sup>er</sup> septembre et le 31 octobre 1997 (n = 129).	Mise en place d'un réseau ville/hôpital.	Conséquences économiques d'un RPDA comparativement à une sortie traditionnelle.	Mise en évidence de l'accueil du projet par les différents intervenants : sages-femmes, gynécologues, pédiatre, direction de l'hôpital, DRASS, CRAM, ARH, PMI. Le terme d'HAD était impropre au projet : « ce n'est pas la structure hospitalière qui se déplace au domicile des patientes ».
<b>Buscail et Peyrot, 2000</b> (59)	Thèse pour le doctorat en médecine, université de Lille 2. Etude rétrospective à propos de 149 dossiers à la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1998.	Femmes sorties précocement à leur demande. Pas de suivi du <i>post-partum</i> prévu ni précisé.	Raisons socio-économiques des RPDA.	
<b>De la Bourdonnaye, 2002</b> (26)	Mémoire de l'école des cadres sages-femmes de Dijon portant sur « la sortie précoce de maternité : un nouvel enjeu en périnatalité ».	Synthèse d'informations sur le RPDA et son contexte, l'organisation du suivi du <i>post-partum</i> à domicile.	Présentation des organisations de suivi du <i>post-partum</i> existantes et des moyens financiers liés à chacune d'elles.	

### III. RÉSULTATS : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE ÉTRANGÈRE

#### III.1. Retour précoce à domicile *versus* durée de séjour hospitalier classique

##### III.1.1. Méthodologie des études

L'analyse économique du RPDA *versus* une sortie après un séjour traditionnel en maternité a reposé sur 20 études (13,87,101,107,122,124,177,185,198-200,204-212) :

- 7 études analysaient les séjours courts accompagnés de suivi du *post-partum* hors hôpital après césarienne ;
- les 13 autres études portaient sur les RPDA par voie basse sans complications.

Parmi les 20 publications sélectionnées,

- 6 étaient des études de minimisation de coûts (87,177,198,199,206,212). Elles ne mettaient pas en évidence d'effet statistiquement significatif du RPDA sur les bénéfices cliniques ou psychosociaux spécifiés dans l'étude ou reposaient sur l'hypothèse selon laquelle un RPDA présentait les mêmes bénéfices cliniques et était aussi sûr qu'une sortie traditionnelle ;
- les 9 autres études étaient des analyses de coûts (101,107,124,200,204,205,207,208,210). Elles estimaient les coûts évités par une stratégie de RPDA, comparativement à une sortie traditionnelle ou entre 2 périodes (avant et après mise en place d'un programme de sortie précoce). Elles ne mettaient pas en perspective les critères d'efficacité choisis lorsqu'ils existaient.

La plupart de ces études ont défini le RPDA comme un retour 24 heures après accouchement par voie basse sans complications, sauf précision contraire.

Le tableau 2 présente les caractéristiques principales de ces études ; leur détail est présenté en annexe 4. Seules les revues de littérature (13,122,185,209,211) n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée sous forme de tableau.

Elles portaient sur :

- la capacité des études publiées à mettre en évidence les effets d'une hospitalisation courte sur la mère et le nouveau-né (209) ;
- l'évaluation de la sécurité, de l'efficacité et des coûts pour le système de soins d'une stratégie de RPDA pour les mères et les nouveau-nés (13,122) ;
- les aspects économiques du séjour hospitalier pour des accouchements sans complication par voie basse ou césarienne aux États-Unis (211) ;
- les résultats controversés des programmes de RPDA et plus particulièrement pour des grossesses à haut risque et des accouchements par césarienne (122).

**Tableau 2.** Caractéristiques principales des études.

Références	Type d'analyse économique	Comparatif	Critère d'efficacité	Perspective
<b>Séjour court après accouchement par voie basse</b>				
- Berryman, 1991, États-Unis (204)	Estimation des coûts évités	Population RPDA/population théorique	Aucun	Hôpital
- Feldman, 1993, États-Unis (205)	Estimation des coûts évités	Avant/après mise en place du RPDA	Aucun	Hôpital
- Gonzalves, 1993, États-Unis (206)	Minimisation des coûts	Population RPDA/population théorique	Aucun	Hôpital
- Williams, 1993, États-Unis (207)	Estimation des coûts évités	RPDA/sortie traditionnelle	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Rhodes, 1994, États-Unis (101)	Estimation des coûts évités	Population RPDA/population théorique	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Scott, 1994, Australie (208)	Estimation des coûts évités	RPDA/sortie traditionnelle	Aucun	Hôpital
- Shorten, 1995, Australie (198)	Minimisation des coûts	RPDA/sortie traditionnelle	Non défini car conséquences des 2 stratégies supposées identiques	Société
- Brumfield, 1996, États-Unis (124)	Estimation des coûts RPDA	Pas de comparatif	Aucun	Hôpital
- Behram, 1998, États-Unis (210)	Estimation des coûts évités	Séjour < 24 h/séjour de 48 h	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Calhoun, 1999, États-Unis (212)	Minimisation des coûts	RPDA/sortie traditionnelle	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Gries, 2000, États-Unis (200)	Estimation des coûts évités	Avant/après mise en place du RPDA	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Escobar, 2001, États-Unis (177)	Minimisation des coûts	RPDA/sortie traditionnelle	Taux de réhospitalisation	Hôpital
- Petrou, 2004, Suisse (199)	Minimisation des coûts	RPDA/sortie traditionnelle	Non défini car conséquences des 2 stratégies supposées identiques	Société
<b>Séjour court après accouchement par césarienne</b>				
- Strong, 1993, États-Unis (107)	Estimation des coûts évités	Avant/après mise en place du RPDA	Complications et taux de réhospitalisation	Hôpital
- Brooten, 1994, États-Unis (87)	Minimisation des coûts	RPDA/sortie traditionnelle	Non défini car conséquences des 2 stratégies supposées identiques	Hôpital

## III.1.2. Résultats des études analysées

Les développements économique et social ont coïncidé pour stimuler la diminution de la durée d'hospitalisation après la naissance. D'un point de vue économique, les efforts de maîtrise des coûts des soins ont mis l'accent sur les hospitalisations « inappropriées », en termes de nécessité réelle d'hospitalisation ou d'utilisation de jours supplémentaires alors que des soins en ambulatoire pouvaient s'avérer suffisants. D'un point de vue social, l'attention s'est portée sur la meilleure façon de répondre aux besoins émotionnels et sociaux des familles durant la grossesse et l'accouchement, de « démedicaliser » l'environnement de la naissance (209).

Le paragraphe suivant présente les études qui ont analysé les coûts associés à une durée de séjour plus courte accompagnée d'un suivi après accouchement sans complications par voie basse ou césarienne.

— *Études portant sur la sortie précoce après accouchement par voie basse sans complications*

Parmi les 20 études internationales sélectionnées, 13 portaient sur les retours précoces à domicile après accouchement par voie basse sans complications. Onze d'entre elles ont mis en évidence les coûts évités par un RPDA comparativement à un séjour hospitalier traditionnel après accouchement. Les 2 autres allaient à l'encontre de ces résultats : les économies liées aux coûts hospitaliers évités pourraient être compensées par la densification des soins nécessaires dans les premières 48 heures après la naissance et par les coûts impliqués par un suivi à domicile (185).

Le RPDA, accompagné d'un suivi du *post-partum*, induisait une durée d'hospitalisation réduite et une augmentation du nombre des naissances prises en charge (101,204,206,210). Cinq études ont montré que cette réduction de la durée de séjour hospitalier avait permis de diminuer les coûts directs (*tableau 3*) (124,199,200,210,212). Cependant, les auteurs ont pris en considération des coûts moyens et non des coûts marginaux.

**Tableau 3.** Coûts directs hospitaliers évités par la mise en place d'une stratégie de RPDA comparativement à une hospitalisation traditionnelle.

Références	Valeur absolue	Valeur relative (%)
<b>Brumfield, 1996, États-Unis</b> (124)	554 581 €sur 2 ans	?
<b>Calhoun, 1999, États-Unis</b> (212)	772 349 €sur 6 mois	26 %
<b>Petrou et Boulvain, 2004, Suisse</b> (199)	1 007 €par naissance	13,5 %
<b>Behram, 1998, États-Unis</b> (210)	687 € coût moyen évité par jour	31 %
<b>Gries, 2000, États-Unis</b> (200)	398 689 €en 1996 459 €par enfant en 1996	?

Les monnaies d'origine des études ont été converties en euros aux taux officiels diffusés par la Banque centrale européenne en date du 20 août 2003 :

- 1€= 1,1109 USD
- 1€= 1,543 CHF

La mise en place d'un RPDA permettait d'éviter des coûts hospitaliers (124,200). Malgré les coûts additionnels de suivi, le coût sociétal net par naissance dans les 2 groupes était inférieur dans le groupe RPDA comparativement au groupe hospitalisation traditionnelle, représentant des coûts sociétaux évités de l'ordre de 13,5 % par naissance (199).

Le raccourcissement de la durée de séjour n'a pas induit d'augmentation de ré-hospitalisations, de visites cliniques en *post-partum* ou d'admissions aux urgences (212). L'analyse statistique réalisée par certains auteurs a révélé qu'il n'y avait pas de différence significative des taux de réhospitalisation entre le groupe des femmes sorties précocement puis suivies à domicile et celles ayant eu un séjour hospitalier traditionnel (199).

L'objectif du RPDA n'est pas uniquement d'épargner des ressources. Les coûts évités, s'ils existent, sont potentiels et ne pourraient être évidents que dans le cas de fermetures de lits. Dans les faits, des lits et des ressources peuvent être libérés pour traiter d'autres patients, réduire des listes d'attente, généralement en dehors des maternités.

— *Études portant sur la sortie précoce après césarienne*

Parmi les 20 études internationales sélectionnées, 2 portaient sur l'analyse des coûts associés à une durée de séjour hospitalier plus courte accompagnée d'un suivi du *post-partum* hors hôpital après césarienne (87,107).

Les coûts hospitaliers directs des femmes sorties précocement après césarienne étaient significativement moindres que ceux des femmes sorties après un séjour traditionnel (87,107). Dans l'étude de Brooten (87), les coûts évités étaient substantiels (plus de 18 %) et statistiquement significatifs.

— *Étude portant sur la sortie précoce après accouchement par voie basse ou après césarienne*

Le CETS (13) a évalué les coûts d'hospitalisation d'une naissance sans complications par accouchement par voie basse ou par césarienne après sortie traditionnelle de la maternité (respectivement 3 et 5 jours) ou avec RPDA (respectivement 2 et 4 jours). Seul le coût de la dernière journée d'hospitalisation était pris en compte dans l'estimation des coûts évités par la réduction de la durée d'hospitalisation d'une journée.

La plus petite différence estimée entre une sortie traditionnelle de maternité et une sortie précoce était de 170 € pour un accouchement par voie basse normal et de 212 € pour une césarienne sans complications (13).

L'étude du CETS (13) raisonnait sur des durées de séjour traditionnelles moyennes de 3 jours pour un accouchement par voie basse sans complications et de 5 jours pour un accouchement par césarienne sans complications. En France, où la durée de séjour traditionnelle après accouchement était comprise en 2000 entre 4,82 et 5,04 jours pour un accouchement par voie basse sans complications et entre 7,78 et 7,93 jours pour une césarienne sans complications (données PMSI, 2003) ([www.le-pmsi.org](http://www.le-pmsi.org)), ces économies potentielles seraient majorées.

Les coûts associés aux complications et aux réadmissions de la mère et de l'enfant, à la répétition des examens de dépistage des maladies métaboliques ou à la non-réduction desdites maladies, n'ont pas été considérés. Les coûts évalués ont donc fait état de l'économie potentielle en l'absence de toute complication maternelle et néonatale (13).

### **III.2. Mise en place de structures spécifiques pour la prise en charge du *post-partum* après sortie précoce**

#### III.2.1. Méthodologie des études

Deux études (178,213) ont été analysées afin de décrire leur expérience de prise en charge du *post-partum* par la mise en place de structures spécifiques.

Le travail de Keppler (213) était une étude de minimisation des coûts : il donnait une estimation des coûts directs liés à la structure mise en place et précisait les bénéfices procurés en termes de satisfaction des couples et du personnel médical, de résultats cliniques pour la mère et l'enfant (allaitement, complications) et de taux de réhospitalisation. Les auteurs n'ont pas évalué parallèlement les coûts et les conséquences, ni défini le rapport coût-efficacité de la mise en place de cette structure. La perspective retenue était celle de la structure.

Brown (178) a analysé les coûts de mise en place d'un programme de suivi du *post-partum* à domicile par le personnel hospitalier et l'estimation de coûts « imprévus » (réhospitalisation de la mère ou du nouveau-né, consultations non anticipées par le programme). Il a comparé 2 groupes de 29 couples (un groupe contrôle sans programme de suivi du *post-partum* et un groupe d'étude avec programme de suivi du *post-partum*, sélectionnés selon les mêmes critères : mères âgées de plus de 18 ans, vivant avec leur bébé, et résidant dans un périmètre précis autour de l'hôpital). La perspective retenue était celle de l'hôpital.

Aucune de ces 2 études ne donnait le détail des postes de coûts analysés. Elles ne mettaient pas en perspective les coûts estimés et les indicateurs d'efficacité clinique.

Ces études sont présentées en annexe 4 de ce document.

#### III.2.2. Résultats des études analysées

Le RPDA est sûr s'il fait partie d'un programme de prise en charge global créé pour transférer les soins traditionnellement dispensés à l'hôpital vers des structures externes (105). Les courtes durées de séjour hospitalier sont sinon réputées être la cause d'une augmentation des taux de réhospitalisation (213).

Le centre de soins du *post-partum* (CSPP), décrit par Keppler (213), est un modèle innovant de suivi du *post-partum*. Il permet à une infirmière de voir 2 à 3 fois plus de femmes qu'elle ne le ferait à domicile. Les services concernés : laboratoire, pharmacie, services sociaux et service d'anesthésie sont à proximité du centre.

L'étude de Brown (178) décrit le développement d'un programme dans lequel le personnel infirmier hospitalier fournit des soins à domicile pour la mère et l'enfant après RPDA. Il a comparé les dépenses de santé durant la période de *post-partum* pour les couples mère-enfant bénéficiant de ce programme et ceux n'en bénéficiant pas. Bien que les 2 estimations aient été effectuées selon la même méthodologie, le groupe contrôle a dépensé 10 fois plus en termes de visites non programmées (service des

urgences, consultations médicales, etc.) que le groupe d'étude durant la période de *post-partum*.

### III.3. Évaluation de types de suivi différents après sortie précoce et de leur implication économique

#### III.3.1. Méthodologie des études

Deux études (214,215) ont analysé les conséquences économiques du suivi du *post-partum* selon différentes modalités.

L'étude de Lieu (214) comparait les bénéfices cliniques (en termes de taux de réhospitalisation, notamment), la satisfaction des mères et les coûts de visites à domicile *versus* les consultations en clinique pédiatrique au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour de *post-partum* après RPDA. L'analyse des bénéfices cliniques et des conséquences économiques de chacune de ces stratégies n'était pas mise en perspective.

Il s'agissait d'une étude descriptive présentant certaines limites :

- les critères de sélection du groupe d'étude (population de femmes à bas risque, à niveau d'éducation élevé, à revenu moyen supérieur à celui de la population générale) rendaient difficile la généralisation des résultats ;
- la comparaison portait sur 2 types de stratégie de suivi du *post-partum* (visites à domicile ou visites cliniques) sans intégrer un bras concernant les femmes non suivies après leur RPDA.

O'Connor (215) a comparé 2 stratégies dans son étude : visites à domicile par des infirmières *versus* programme d'appels téléphoniques pour des mères sorties précocement de maternité après accouchement. Les résultats donnés pour 2 hôpitaux canadiens comprenaient l'assurance manifestée par la mère après 2 semaines, les problèmes de santé du nourrisson entre la date de sortie et 4 semaines après l'accouchement, le taux d'allaitement à 6 mois et l'estimation des coûts directs et indirects.

Cette étude présentait des limites :

- la composition différente des groupes d'étude sur les 2 sites choisis limitait la généralisation des résultats ;
- l'impact des 2 stratégies sur l'état de santé des mères ou des nouveau-nés n'était pas mis en évidence.

Ces 2 études sont présentées en annexe 4 du document.

#### III.3.2. Résultats des études analysées

Dans l'étude de Lieu (214), pour des mères et des nouveau-nés à bas risque sortis précocement de la maternité, les visites à domicile à 3 ou 4 jours après la sortie s'avéraient plus coûteuses que les consultations en clinique mais elles étaient associées à des bénéfices cliniques identiques et donnaient une grande satisfaction aux mères.

O'Connor (215) a comparé les résultats de visites à domicile ordinaires effectuées par des infirmières de santé publique auprès de mères sorties précocement après l'accouchement et ceux d'un programme d'appels téléphoniques visant à identifier les mères ayant besoin de soutien. Les coûts directs, indirects et totaux des soins étaient

supérieurs pour le groupe visites à domicile comparativement au groupe dépistage téléphonique dans les 2 sites sélectionnés pour l'étude.

#### **III.4. Synthèse des données de la littérature étrangère et perspectives**

La mise en place de programmes de soins à domicile représentait, dans les études analysées, une stratégie de suivi du *post-partum* moins coûteuse que l'absence de tout accompagnement organisé (178,213). Les coûts directs hospitaliers liés à un 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 (178).

À l'instar des travaux de Boulvain et Petrou (199), d'autres études de coûts devraient être mises en place avant de conclure que le RPDA réduit substantiellement les coûts (185,208). Les coûts évités par le RPDA devraient également être mis en balance avec le coût des réadmissions, des complications potentielles (87,208) ou des effets délétères notamment dus à une hospitalisation prolongée ; les coûts d'externalisation des soins devraient être pris en compte (coûts de coordination, notamment) ; le point de vue sociétal devrait être privilégié dans les études ; les coûts hospitaliers devraient être estimés dans la logique du coût marginal.

---

## **GLOSSAIRE DES TERMES ÉCONOMIQUES UTILISÉS DANS CE RAPPORT**

---

**COÛT DIRECT** - Valeur des biens et services, exprimés en unité monétaire, directement utilisés dans un programme de santé. Le concept du coût direct est habituellement employé pour indiquer les ressources consommées par un programme de santé et peut inclure le temps de travail des médecins, l'utilisation de médicaments, les opérations, etc. Parfois, il inclut également les dépenses à la charge du patient et les ressources provenant d'autres agences et d'organismes caritatifs.

**COÛTS INDIRECTS** - Dans les études médico-économiques, la notion de coût indirect renvoie aux dépenses non médicales liées à une maladie ou un traitement (arrêt de travail, frais de transport, aide ménagère, etc.). Les coûts indirects reflètent la valeur des conséquences de la maladie ou de l'action de santé qui ne sont pas prises en compte dans les coûts directs. On distingue d'une part les coûts pouvant être mesurés (pertes de production liées à un arrêt de travail), d'autre part les coûts intangibles tels que les conséquences psychologiques ou le *pretium doloris*.

**COÛTS FIXES OU VARIABLES** - Les coûts variables regroupent les charges qui sont proportionnelles directement au volume des services rendus pendant une période, alors que les coûts fixes représentent les charges qui ne varient pas, quelle que soit la production, durant la période considérée.

**COÛT MARGINAL** - Coût additionnel nécessaire pour produire un service ou un bien supplémentaire (par exemple un patient hospitalisé additionnel) ou encore argent économisé si un service ou bien n'a pas été produit.

**COÛT MOYEN** - Somme des coûts de toutes les unités produites qui, divisée par le nombre total d'unités, donne le coût moyen par unité.

**COÛT RÉEL (COÛT OBSERVÉ)** - Souvent calculé en rétrospectif, c'est-à-dire après la production d'un produit ou d'un service.

**COÛT STANDARD** - Coût convenu d'un processus, d'un bien ou d'un service, que ce soit entièrement ou partiellement. Ces coûts peuvent être estimés par des formules précises, un consensus entre acteurs ou un organisme faisant autorité. Par exemple, le coût standard d'un test en laboratoire est calculé à partir du temps estimé d'une utilisation d'une machine identifiée, du volume de travail à effectuer, de l'estimation du temps-hommes nécessité par le processus, etc.

**EFFICIENCE** - L'efficacité est une mesure synthétique des résultats obtenus (potentiels ou réels), au regard des moyens mis en œuvre (coûts, ressources, temps). Il s'agit d'un concept proche du rendement des investissements économiques. L'efficacité ajoute à l'efficacité médicale une notion de bonne organisation et d'économie. Améliorer l'efficacité des soins ne préjuge pas de l'amélioration de leur qualité. Cela revient à en diminuer le coût à résultat égal. C'est la capacité à produire au moindre coût. L'efficacité n'implique pas l'efficacité. Un programme peut être plus efficace qu'un autre, mais moins efficace. Les méthodes coûts/résultats (efficacité, bénéfice, utilité) mettent en œuvre différents critères d'efficacité pour comparer des actions alternatives.

**ÉTUDE COÛT/EFFICACITÉ** - Méthode d'évaluation économique qui lie les coûts monétaires d'un projet de santé et ses résultats exprimés en unités physiques comme les maladies évitées, les années de vie gagnées, le nombre de patients évité, etc.

**ÉTUDE DE MINIMISATION DES COÛTS** - Type d'analyse économique comparant les coûts et les conséquences de deux interventions ou plus. Quand les conséquences de celles-ci sont équivalentes, l'étude peut être limitée à la comparaison des coûts. Il est donc possible de sélectionner l'intervention la moins coûteuse, réduisant ainsi les coûts à leur minimum.

**ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE** - L'évaluation médico-économique cherche à établir une relation entre le coût de différentes interventions et leurs résultats. C'est l'outil privilégié de l'évaluation de l'efficacité (c'est-à-dire du rapport entre le coût et la performance) des stratégies médicales. L'évaluation médico-économique consiste à valoriser les effets prévisibles d'une action en fonction des critères de valeur du décideur, puis à agréger les effets valorisés pour aboutir à une comparaison des différentes actions.

**NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP)** - Tous les actes médicaux sont répertoriés avec leur valeur codée dans la nomenclature générale des actes professionnels. Cette nomenclature représente la hiérarchie des actes qui proportionne l'honoraire à l'importance ou à la difficulté de l'acte. Ce code comprend deux éléments : la lettre clé qui correspond à l'acte lui-même (C, CS, CNPSY, V, etc.) ; le coefficient qui indique la valeur de chaque acte et suit immédiatement la lettre clé (KC 50). Cette nomenclature est en cours de refonte. La CNAMTS élabore une liste descriptive des actes médicaux. Il s'agit d'une classification commune des actes médicaux (CCAM). Celle-ci comportera environ 7 000 actes. Ces actes seront, à terme, hiérarchisés entre spécialités et à l'intérieur de chaque spécialité. Un acte de référence sera choisi et les autres actes seront pondérés par rapport à cet acte de référence, selon des critères de temps passé, de difficulté technique, de stress ou d'effort mental. C'est le prix du travail médical. Chaque acte sera ensuite de nouveau pondéré selon les charges professionnelles. C'est le coût de la pratique. Enfin intervient une hiérarchisation entre spécialités : on définit des actes proches entre les différentes spécialités, appelés actes liens, on leur affecte la même valeur et on recalcule, dans chaque spécialité, l'échelle générale des actes en fonction de cette valeur. La dernière étape sera la définition des tarifs qui consistera, pour chaque acte, en fonction du prix de l'acte médical et du coût de la pratique, à y adjoindre un facteur de conversion

monétaire. Cette ultime étape permettra de déboucher sur une autre grande innovation : le codage des actes.

**VALIDITÉ EXTERNE** - Capacité des résultats d'une étude à être généralisés à une autre population similaire. En épidémiologie, on parle de résultats généralisables.

**VALIDITÉ INTERNE** - Capacité d'une étude ou d'un outil à mesurer ce qu'elle/il prétend mesurer. Terme utilisé en sociologie comme équivalent du terme validité en épidémiologie.

Sources : <http://lexeco.free.fr/indexf.htm>, <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

---

## ANNEXE 1. MÉMENTOS

---

**Nota bene :** *ces annexes sont une aide pratique destinée à faciliter la mise en route et le fonctionnement des RPDA organisés. Elles sont pour l'essentiel le reflet d'un accord professionnel.*

— **Mémento 1 : programme d'éducation parentale**

- Déroulement normal de la grossesse et dispositif général de surveillance anténatale
- Mode de vie de la femme enceinte
- Nutrition
- Poursuite de l'activité professionnelle
- Information sur les droits
  
- Risques liés à la consommation de tabac
- Risques liés à la consommation d'alcool
- Risques liés à la consommation d'autres substances psychoactives
- Risques liés à l'automédication
  
- Toxoplasmose, listériose, infection à cytomégalo virus
- Soins de suites de couches (périnée, césarienne) et des seins
- Signes d'alerte pour la mère (notamment : infection, hémorragie, troubles psychiques)
  
- Modes d'alimentation (au sein ou au biberon)
- Allaitement
- Matériel de puériculture
- Soins à l'enfant : soins du cordon, toilette, bain
- Surveillance du nourrisson : son rythme de vie, position de couchage, pleurs, reconnaître quand il a faim, selles et urines, suivi du poids, vaccinations
- Signes d'alerte pour le nourrisson (notamment : infection, ictère, déshydratation)
  
- Modes de garde, reprise du travail
- Coordonnées d'associations utiles aux mères et à la famille
- Conditions de vie : tabagisme passif, température ambiante, animaux domestiques, syndrome du bébé secoué.

— **Mémento 2 : avant la décision de RPDA (Mère)**

- Consentement de la mère
- Absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux nécessitant une surveillance particulière dans le *post-partum*
- Grossesse suivie et déclarée
- Déroulement normal de la grossesse
- Accouchement sans complications entre 37 et 41 SA révolues

- **Évaluation physique et biologique**
  - examen clinique normal : état général, seins, utérus, lochies, cicatrice, transit, miction ;
  - signes vitaux et température normaux (si 2 fois > 38 °C à 1 heure d'intervalle : pas de RPDA).
- **Après accouchement par voie basse :**
  - suites immédiates simples ;
  - déambulation normale ;
  - évaluation des risques hémorragiques, thrombo-emboliques, infectieux, périnéaux ;
  - pas d'anémie ou bonne tolérance clinique (hémoglobine > 8 g) ;
  - pas d'hémorragie grave de la délivrance.
- **Après césarienne :**
  - suites immédiates simples ;
  - la femme se déplace sans aide ;
  - elle tolère une alimentation normale ;
  - elle urine normalement ;
  - l'auscultation digestive est normale ;
  - la cicatrisation de la plaie est satisfaisante ;
  - absence de fièvre depuis au moins 24 heures ;
  
  - contrôle de la douleur possible par voie orale ;
  - prévention de l'iso-immunisation rhésus effectuée ;
  - vaccination contre la rubéole à jour ou prévue.
- **Lactation :**
  - la position de l'enfant et la prise du sein sont correctes ;
  - la mère est informée sur les difficultés de l'allaitement et leur prévention ;
  - la mère sait apprécier la réalité du transfert de lait à l'enfant.
- **Évaluation psychologique et autonomie**
  - la mère se sent capable de rentrer chez elle et de s'occuper d'elle-même et de son bébé, elle a confiance en elle vis-à-vis des soins au bébé ;
  - la mère sait qui, quand et où consulter en cas de problème pour elle ou son bébé ;
  - la mère ne manifeste pas de tristesse excessive.
- **Aspects pratiques du retour et du suivi**
  - adresse et numéro de téléphone du lieu de retour à domicile vérifiés ;
  - retour à domicile organisé, conditions matérielles du retour satisfaisantes ;
  - présence et soutien d'un membre de l'entourage ;
  - rendez-vous pris et connu avec le professionnel chargé du suivi ; la famille connaît ses coordonnées téléphoniques, et celles des services assurant le relais en son absence.

— **Mémento 3 : avant la décision de RPDA (enfant)**

- Critères cliniques
  - déroulement physiologique de la grossesse, du travail et du *post-partum* immédiat ;
  - nouveau-né à terme (entre 37 et 41 SA révolues), singleton et eutrophique ;
  - score d’Apgar à 5 minutes supérieur à 7.
- Normalité anatomique
- Examen clinique « attentif » normal
- Signes vitaux stables et normaux durant les 12 heures précédant la sortie :
  - rythme respiratoire de 60 par minute ;
  - pas d’épisode d’apnée, saturation en oxygène dans les limites de la normale ;
  - rythme cardiaque compris entre 100 et 160 battements par minute ;
  - température axillaire comprise entre 36,1 et 37,0 °C, pour un enfant en lit et habillé normalement.
- Alimentation établie, « contrôle de 2 repas réussis et documentés » : nouveau-né capable de coordonner la succion, la déglutition et de respirer simultanément, transfert effectif de lait constaté par un professionnel
- Évacuation du méconium dans les 24 premières heures de vie
- Une miction et une selle au moins
- Pas de troubles digestifs
- Absence d’ictère dans les 24 premières heures de vie
- La mère n’a pas reçu de naloxone.
- Critères biologiques et actions complémentaires (enfant)
  - dosage transcutané de la bilirubine à H24 ;
  - tests de dépistage organisés par la maternité et programmés ;
  - selon le statut maternel vis-à-vis du virus de l’hépatite B : vaccination de l’enfant et injection de gammaglobulines spécifiques.

— **Mémento 4 : le suivi à domicile (mère)**

- Prise du pouls, de la température, de la pression artérielle
- Examen des seins : souplesse, absence de crevasses, etc.
- Surveillance de l’involution utérine, de l’importance et l’aspect des lochies
- Vérification de la cicatrisation du périnée ou de l’incision de césarienne
- Selon les cas : soins de périnée, ablation de fils
- Absence de signes urinaires anormaux, reprise du transit
- Examen des membres inférieurs, recherche de signes de phlébite
- Recherche de complications infectieuses : signes urinaires, rougeur ou douleur de cicatrice, etc.
- Examens complémentaires si opportuns : numération sanguine, cyto bactériologie des urines.
- Appréciation de la fatigue maternelle
- Favoriser un échange avec la mère sur le vécu de l’accouchement
- Évaluation de l’état psychologique, du degré de bien-être de la mère (score EPDS) et dépistage d’un éventuel trouble psychiatrique

- Repérage des difficultés parentales.
- Observation de l'allaitement maternel et de son efficacité
- Évaluation des capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né (toilette, bain, soins du cordon, signes d'alerte).
- Vérification de la bonne prise du traitement si prescrit, adaptation de la prescription le cas échéant
- Information sur la contraception et la reprise de la sexualité
- Information sur l'intérêt de la visite postnatale et de la rééducation périnéale.

— ***Mémento 5 : le suivi à domicile (enfant)***

- Examen clinique du nouveau-né
  - état général (coloration, tonus) ;
  - évolution de la courbe de poids ;
  - surveillance de la température ;
  
  - existence et/ou évolution d'un ictère (mesure transcutanée de la bilirubine) ;
  - état de la peau, du cordon ;
  - recherche de signes d'infection ;
  - contrôle de l'aspect des urines et des selles ;
  - absence de troubles digestifs : vomissements, régurgitations, troubles du transit ;
  
  - comportement : regard, réponses aux stimulations, rythme de sommeil, cris.
- Conseils pour les soins de puériculture
  - observation de la tétée : efficacité, bonne position de l'enfant au sein ;
  - apprentissage de la mère pour reconnaître les signes d'un allaitement bien établi : comportement de l'enfant qui s'endort repu après la tétée, nombre de tétées par 24 heures (au moins 8), nombre de mictions ;
  - préparation des biberons ;
  
  - informations sur les besoins de l'enfant et ses rythmes biologiques ;
  - vérification de l'administration des vitamines ;
  
  - aide à la toilette ou au bain du nouveau-né ;
  - position de couchage ;
  - hygiène et conditions de vie.
- Appréciation de la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né
  - échanges vocaux et visuels ;
  - mère détendue, à l'écoute.
- Continuité du suivi
  - réalisation des tests de dépistage ;
  - nature et calendrier du suivi médical, vaccinations ;
  - coordonnées des professionnels assurant le relais et celles des services d'urgence.

---

## ANNEXE 2. FACTEURS DE RISQUE À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT DE DÉCIDER UN RPDA ET QUESTIONNAIRE EPDS

---

### I. Facteurs de risque

#### I.1. Facteurs de risque pédiatriques à prendre en considération avant de décider un RPDA

— *Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère d'après l'American Academy of Pediatrics (139)*

Par ordre d'importance décroissante :

- ictère des 24 premières heures ;
- ictère visible avant la sortie ;
- antécédent d'ictère grave dans la fratrie ;
- naissance avant 38 semaines d'aménorrhée révolues ;
- allaitement maternel exclusif ;
- population d'origine est-asiatique ;
- hématomes, céphalématome ;
- âge maternel < 25 ans ;
- nouveau-né de sexe masculin ;
- incompatibilité rhésus et ABO ;
- déficit en G6PD (en France : penser à la population émigrée d'Afrique subsaharienne).

— *Facteurs de risque d'infection néonatale*

Ne sont repris ici que les facteurs de risque qui n'excluent pas *a priori* le RPDA.

Critères anamnestiques majeurs fortement liés à une infection néonatale, mais peu fréquents (grade A) :

- température maternelle avant ou en début de travail  $\geq 38$  °C (grade A) ;
- durée d'ouverture de la poche des eaux  $\geq 18$  heures (grade A) ;
- en dehors d'une antibioprofylaxie maternelle complète (grade A) :
  - un antécédent d'infection materno-fœtale à streptocoque du groupe B,
  - un portage vaginal de streptocoque du groupe B chez la mère,
  - une bactériurie à streptocoque du groupe B chez la mère pendant la grossesse.

Critères anamnestiques mineurs relativement fréquents mais peu liés à une infection néonatale (grade B) :

- ouverture prolongée de la poche des eaux  $\geq 12$  heures mais < 18 heures ;
- anomalies du rythme cardiaque fœtal ou asphyxie fœtale non expliquées ;
- liquide amniotique teinté ou méconial.

## I.2. Facteurs de risque maternels à prendre en considération avant de décider un RPDA

— *Facteurs de risque infectieux d'après Coddacionni, 2003 (100)*

- hémorragies survenues pendant la grossesse, le travail ou la délivrance ;
- anémie ;
- rupture prolongée des membranes ;
- hyperthermie pendant le travail ;
- travail long (phase active supérieure à 8 heures) ;
- touchers vaginaux répétés pendant le travail (> 10) ;
- césarienne ;
- manœuvres (forceps, révision utérine, délivrance artificielle) ;
- plaie vaginale ou cervicale ;
- accouchement à domicile.

— *Facteurs de risque thrombo-emboliques*

— *Principaux facteurs de risque de dépression du post-partum (d'après le Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (216)*

Les facteurs de risque ne diffèrent pas de ceux d'une dépression survenant en dehors du *post-partum*. Certains d'entre eux présentent un lien plus ou moins net avec la dépression du *post-partum* :

- Corrélation assez forte ou forte (grade A) :
  - antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques pendant la grossesse ;
  - soutien social faible ;
  - vie conjugale peu satisfaisante ;
  - bouleversements récents ;
  - baby blues.
- Corrélation faible (grade C) :
  - grossesse pathologique ;
  - antécédent de maltraitance ;
  - revenus médiocres ;
  - situation professionnelle modeste.
- Autres facteurs de risque identifiés (grade B) :
  - perception par les parents de l'éducation qu'ils ont eux-mêmes reçue ;
  - grossesse non prévue ;
  - chômage ;
  - absence d'allaitement maternel ;
  - stress parental anténatal ;
  - dysthyroïdie anténatale ;
  - modalités de faire face («*coping*») ;
  - retard à la conception ;
  - dépression du père ;
  - baby blues avec labilité émotionnelle ;
  - soutien social médiocre ;
  - avoir deux enfants ou plus ;

- risques ou problèmes graves de santé de l'enfant.

## II. Questionnaire EPDS (*version française*)

(J.COX, 1987)

(Validation : N. Guédenev, 1994)

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**DATE :**

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple :      Je me suis sentie heureuse :

- Oui tout le temps
- Oui la plupart du temps
- Non pas très souvent
- Non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER

1- J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2- Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3- Je me suis reproché, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4- Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5- Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6- J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7- Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8- Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9- Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10- Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Présentation de l'échelle et des consignes de passation.

Cotation : chaque item (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10) est coté de 3 à 0 sauf les items « positifs » (1, 2, 4), dont la cotation est inversée (de 0 à 3).

La somme de tous les items donne le score global de l'EPDS qui est comparé à la note-seuil de référence.

---

## **ANNEXE 3. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE LA BASE DE DONNÉES AUDIPOG**

---

*Rapport fourni par le réseau sentinelle AUDIPOG*

### **I. LA BASE DE DONNÉES AUDIPOG (audipog.inserm.fr)**

Le réseau sentinelle AUDIPOG est constitué, depuis 1994, d'un ensemble de maternités volontaires publiques et privées, de toutes les régions de France, mettant en commun des données individuelles concernant leurs patientes et leurs nouveau-nés. Le but de ce réseau est de *surveiller, année après année, les indicateurs de santé périnatale* (indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats) et de *fournir aux maternités un outil d'évaluation de leurs pratiques et de leurs résultats*, en comparant les résultats des analyses pratiquées sur leurs propres fichiers à ceux du réseau sentinelle. Par ailleurs, des études coopératives ou des analyses spécifiques de la base de données commune à des fins de connaissance ou d'évaluation des pratiques sont réalisées après accord du comité scientifique attaché au réseau sentinelle.

À la demande du groupe de travail de l'Anaes, chargé du rapport sur la sortie précoce après accouchement, une analyse de la base de données AUDIPOG a été effectuée, avec pour objectif de d'étudier l'évolution de cette pratique en France depuis 1994 (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 actuellement de cette sortie précoce afin d'estimer les proportions d'accouchées pouvant en bénéficier à l'avenir.

La population étudiée est issue de plus de 180 maternités en France et comprend 106 336 accouchements par voie basse et 21 896 par césarienne de 1994 à 2002 pour la première partie de l'étude et respectivement 46 433 accouchements par voie basse et 10 419 par césarienne sur la période 2001 – 2002 (hors DOM-TOM).

### **II. DÉFINITIONS**

La sortie précoce de maternité a été définie de la façon suivante :

- retour de la mère et du nouveau-né au domicile en bonne santé (hors les sorties contre avis médical) avec ou sans sage-femme à domicile ou HAD ;
- après exclusion des sorties précoces liées à un décès du nouveau-né ou à un transfert (ou mutation) immédiat ou différé du nouveau-né ;
- la durée du séjour en maternité (différant le plus souvent peu du délai entre l'accouchement et la sortie) étant :
  - en cas d'accouchement par voie basse : durée de séjour  $\leq 3$ ,
  - en cas d'accouchement par césarienne : durée de séjour  $\leq 5$ .

### III. MÉTHODES

Les analyses portent sur deux populations distinctes selon le mode d'accouchement : voie basse d'une part (spontanée ou opératoire) et césarienne d'autre part (réalisée avant ou après travail).

Les périodes étudiées sont les années 1994-95, 1996-97, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 pour la première partie de l'étude, et l'ensemble des années 2001 et 2002 pour la deuxième et la troisième partie de l'étude.

Les taux de sortie précoce ont été estimés après standardisation sur la distribution des accouchements en France selon le type d'établissement et la région (source Drees). Cette technique permet d'obtenir des résultats valables au niveau national.

La recherche des caractéristiques des femmes ayant bénéficié d'une sortie précoce en 2001-2002 a été effectuée en analyse univariée puis multivariée. Un modèle de régression logistique a permis d'estimer la proportion de femmes pouvant bénéficier à l'avenir d'une sortie précoce, *en se basant sur les pratiques actuelles*.

### IV. RÉSULTATS

#### IV.1. Évolution du taux de sortie précoce en maternité

On note que la sortie précoce concernait moins de 3 % des accouchées jusqu'en 1997 puis a augmenté progressivement, atteignant environ 5 % en 2000 et 2001 (années au cours desquelles on a enregistré une augmentation des naissances de près de 5 %) puis près de 7 % des accouchées en l'an 2002. Ces proportions diffèrent peu selon qu'il s'agit d'accouchement par voie basse ou de césarienne (*tableau 1*).

**Tableau 1.** Évolution du taux de sortie précoce entre 1994 et 2002 – source réseau sentinelle AUDIPOG.

	1994-95	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002
Sortie précoce	%	%	%	%	%	%	%
Voie basse							
≤ 3 jours	1,7	2,8	4,2	4,1	<u>5,0</u>	<u>5,2</u>	<u>7,0</u>
Césarienne							
≤ 5 jours	1,6	1,4	3,6	2,5	<u>5,1</u>	<u>4,4</u>	<u>6,9</u>

#### IV.2. Description des sorties précoces en 2001-2002

La mise en place des sorties précoces de maternité peut varier selon les caractéristiques de maternité. Ont été étudiées les 5 caractéristiques suivantes :

- le niveau de soins de la maternité (I – II – III) ;
- le type d'établissement (CHU, CHG, privé) ;
- la taille de la maternité (< 1 000 ; 1 000-1 500 ; 1 500-2 000 ; 2 000-2 500 ; ≥ 2 500 accouchements) ;
- le caractère urbain /rural de l'établissement (< 20 000 ; ≥ 20 000 habitants)<sup>4</sup> ;

<sup>4</sup> Le repérage du caractère urbain et rural a été effectué à partir des données de l'Insee (nombre d'habitants par commune), en recherchant les noms de communes à partir des codes postaux des adresses des maternités, et en considérant comme rurale une maternité située dans une commune de moins de 20 000 habitants (les communes appartenant à des communautés urbaines sont considérées comme urbaines quel que soit leur nombre d'habitants dans la classification Insee)

- la région (en 5 grandes régions : Ile-de-France ; Nord-Nord-Ouest ; Est-Nord-Est - Centre ; Ouest-Sud-Ouest ; Sud-Est )<sup>5</sup>.

**a) Concernant le niveau de soins (tableau 2),** on note que c'est dans les maternités de niveau II et III que la sortie précoce est le plus souvent pratiquée :

- en cas d'accouchement par voie basse, chez 7,7 % des femmes dans les maternités de niveau II et 10,1 % dans celles de niveau III ;
- en cas d'accouchement par césarienne, chez 7,9 % des femmes dans les maternités de niveau II et 7,2 % dans celles de niveau III.

**Tableau 2.** Variation du taux de sortie précoce en 2001-2002 selon le niveau de soins de la maternité – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Sortie précoce : durée de séjour	Niveau I %	Niveau II %	Niveau III %
Voie basse			
≤ 3 jours	3,5	<u>7,7</u>	<u>10,1</u>
Césarienne			
≤ 5 jours	4,1	<u>7,9</u>	<u>7,2</u>

**b) Concernant le type d'établissement (tableau 3),** on note que c'est dans les maternités de CHG que la sortie précoce est le plus souvent pratiquée :

- en cas d'accouchement par voie basse, chez 11,9 % des femmes ;
- en cas d'accouchement par césarienne, chez 12,0 % des femmes.

**Tableau 3.** Variation du taux de sortie précoce en 2001-2002 selon le statut juridique de l'établissement – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Sortie précoce : durée de séjour	CHU %	CHG %	Privé %
Voie basse			
≤ 3 jours	3,1	<u>11,2</u>	2,3
Césarienne			
≤ 5 jours	2,8	<u>10,6</u>	2,6

Le croisement des variables «type d'établissement » et «niveau de soins » montre que c'est dans les CHG de niveau III que l'on observe la plus grande fréquence de sortie précoce :

- en cas d'accouchement par voie basse, chez 18,9 % des femmes ;
- en cas d'accouchement par césarienne, chez 13,1 % des femmes.

Le taux relativement faible observé dans les CHU peut s'expliquer par la faible représentation des CHU d'Ile-de-France dans l'échantillon, or (comme on le verra plus loin), c'est en Ile-de-France que la sortie précoce est la plus fréquente.

<sup>5</sup> Nord – Nord-Ouest = Nord – Pas-de-Calais - Picardie - Basse et Haute-Normandie  
 Ouest-Sud-Ouest = Bretagne - Pays de Loire – Poitou-Charente - Aquitaine – Midi-Pyrénées – Languedoc-Roussillon  
 Sud-Est = Rhône-Alpes – Provence-Côte d'Azur  
 Est-Nord-Est = Alsace - Lorraine - Bourgogne – Franche-Comté – Champagne-Ardenne - Centre - Limousin - Auvergne

Ce résultat inattendu peut vraisemblablement s'expliquer 1) par la proportion élevée de femmes à risque médical (grossesses pathologiques, enfants mutés dans le même établissement) ou à risque psychosocial dans les CHU, rendant plus faible la proportion de femmes éligibles pour une sortie précoce ; 2) par une organisation stricte des inscriptions en maternité de CHU permettant une meilleure gestion de l'occupation des lits, et évitant vraisemblablement les nécessaires propositions de sorties précoces en cas de surcharge de la maternité.

**c) Concernant la taille de l'établissement (tableau 4),** on note que c'est dans les maternités de 1 500 à 2 500 accouchements, et surtout dans celles de 2 000 à 2 500 que la sortie précoce est le plus souvent pratiquée :

- en cas d'accouchement par voie basse, chez 8,2 % des femmes dans les maternités de niveau 1 500 à 2 000 accouchements et 11,4 % dans celles de plus de 2 000 à 2 500 ;
- en cas d'accouchement par césarienne, chez 7,8 % des femmes dans les maternités de niveau 1 500 à 2 000 accouchements et 10,6 % dans celles de plus de 2 000 à 2 500.

**Tableau 4.** Variation du taux de sortie précoce en 2001-2002 selon la taille de la maternité – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Sortie précoce Durée de séjour	< 1 000 %	1 000-1 500 %	1 500 – 2 000 %	2 000 – 2 500 %
Voie basse				
≤ 3 jours	3,7	8,3	<u>8,1</u>	<u>11,4</u>
césarienne				
≤ 5 jours	3,8	6,6	<u>7,8</u>	<u>10,9</u>

*NB* : L'analyse n'a pu être effectuée pour les maternités de plus de 2 500 accouchements en raison d'un nombre important de grandes maternités au sein du réseau qui, étant informatisées de longue date, nous adressent des fichiers ne comprenant pas toutes les variables requises de façon exhaustive (sur le transfert du nouveau-né notamment).

**d) Concernant le caractère urbain – rural de l'établissement (tableau 5),** on note que c'est dans les maternités urbaines que la sortie précoce est le plus souvent pratiquée :

- en cas d'accouchement par voie basse, chez 7,0 % des femmes ;
- en cas d'accouchement par césarienne, chez 6,4 % des femmes.

**Tableau 5.** Variation du taux de sortie précoce en 2001-2002 selon le caractère urbain/rural de l'établissement – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Durée de séjour	Maternité rurale %	Maternité urbaine %
Voie basse		
≤ 3 jours	4,5	<u>7,0</u>
Césarienne		
≤ 5 jours	4,3	<u>6,4</u>

**e) Concernant la région de l'établissement (tableau 6),** on note que c'est très nettement dans la région Ile-de-France que la taux de sortie précoce est le plus élevé.

**Tableau 6.** Variation du taux de sortie précoce en 2001-2002 selon la région de l'établissement – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Sortie précoce : Durée de séjour	Ile-de-France %	Nord- Nord-Ouest %	Ouest- Sud-Ouest %	Est-Centre- Nord-Est %	Sud-Est %
Voie basse ≤ 3 jours	15,7	3,2	4,1	4,1	3,9
Césarienne ≤ 5 jours	14,5	6,6	2,6	2,4	4,4

Comme on le voit, ces résultats diffèrent beaucoup selon les régions. La sortie précoce apparaît être essentiellement pratiquée dans la région Ile-de-France, autant qu'il est possible aujourd'hui, compte tenu de la situation de la patiente. Dans les autres régions, il s'agit d'une pratique très ponctuelle, dépendant probablement en partie de l'existence d'une organisation HAD.

Ces variations sont bien entendues très importantes d'une maternité à l'autre : si la pratique de sortie précoce est inexistante dans une grande proportion des maternités du réseau sentinelle, et ce dans chaque région, on note en revanche que le taux le plus élevé observé dans la région Ouest, Sud-Ouest est de 5 % dans une maternité de CHU, tandis qu'il avoisine 14 % dans une maternité de CHU du Sud-Est, 16 % dans une maternité du CHU du Nord, Nord-Ouest mais atteint 23 % dans une maternité du CHG du Nord-Est, Est, Centre et plus de 65 % dans un CHG d'Ile-de-France.

### IV.3. Modalités d'accompagnement de la sortie précoce

En 2001 et 2002, les modalités d'accompagnement de la sortie précoce ont pu être repérées à partir de la variable «mode de sortie» qui comprend les rubriques suivantes : domicile en bonne santé, mutation ou transfert, HAD, sage-femme à domicile, sortie contre avis médical.

**Tableau 7.** Modalités d'accompagnement de la sortie précoce en 2001-2002 source réseau sentinelle AUDIPOG.

Durée de séjour	Domicile sans accompagnement %	Domicile avec HAD %
Voie basse ≤ 3 jours	93,8	<u>6,2</u>
Césarienne ≤ 5 jours	90,3	<u>9,7</u>

En cas de sortie précoce, une HAD est proposée dans 6,2 % des cas, lorsqu'il s'agit d'un accouchement par voie basse et 9,7 % des cas lorsqu'il s'agit d'une césarienne. Il n'y a pas d'accompagnement par une sage-femme à domicile en cas de sortie précoce, mais seulement en cas de pathologie des suites de couches. À noter que l'existence d'une HAD est très variable d'une région à l'autre ou même selon la ville au sein d'une région.

#### IV.4. Description des caractéristiques des femmes bénéficiant d'une sortie précoce en 2001-2002

Les conditions dans lesquelles la sortie précoce est aujourd'hui pratiquée ont été analysées en inventoriant un certain nombre de facteurs pouvant orienter la décision de proposer ou non cette modalité de sortie.

Les facteurs étudiés sont la parité, l'existence d'une pathologie de la grossesse, les modalités de déclenchement du travail, la pathologie du travail, le mode d'accouchement, la réalisation d'une anesthésie, l'existence d'une hémorragie de la délivrance, l'existence d'une déchirure périnéale, le type de grossesse (unique/multiple), l'âge gestationnel, le poids de naissance de l'enfant, l'existence d'un risque infectieux ou d'un ictère.

**Tableau 8.** Facteurs maternels et de conditions de la naissance associés à une sortie précoce en 2001-2002 – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Facteurs associés à la sortie précoce (niveau maternel)	Sortie précoce	
	Voie basse Durée de séjour £ 3	Césarienne Durée de séjour £ 5
Parité :		
- primipare	6,3	5,7
- multipare	10,6	7,7
Pathologie de la grossesse :		
- non	10,3	8,2
- oui	5,9	5,1
Mode de début du travail :		
- spontané	9,4	8,3
- déclenchement artificiel	3,6	5,3
- césarienne avant travail	-	5,5
Mode d'accouchement :		
- voie basse spontanée	9,0	-
- intervention voie basse	5,9	-
- césarienne pdt travail	-	7,7
- césarienne avt travail	-	5,5
Anesthésie :		
- aucune ou locale	9,9	-
- péridurale	9,5	9,2
- rachis ou générale	5,4	6,8
Hémorragie de la délivrance		
- non	9,4	7,0
- oui	4,1	3,5
Déchirure complète ou compliquée :		
- non	8,6	-
- oui	3,2	-

On observe que toutes les fréquences observées au sein des cellules diffèrent significativement ( $p < 0,001$ ). Exemple, la sortie précoce concerne 10,6 % des multipares et 6,3 % des primipares en cas d'accouchement par voie basse ( $p < 0,001$ ). À noter cependant que la fréquence de la sortie précoce ne diffère pas, en cas d'accouchement par voie basse, selon les modalités d'anesthésie : aucune/péridurale et en cas d'accouchement par césarienne, entre les modes de début : déclenché/césarienne avant travail.

**Tableau 9.** Facteurs néonataux associés à une sortie précoce en 2001-2002 – source réseau sentinelle AUDIPOG.

Facteurs associés à la sortie précoce (niveau enfant)	Sortie précoce	
	Voie basse Durée de séjour £ 3	Césarienne Durée de séjour £ 5
Type de grossesse :		
- unique	8,7	7,0
- multiple	0,5	1,9
Âge gestationnel :		
- < 37	3,0	0,9
- ≥ 37	8,9	7,9
Poids de naissance (g) :		
- < 2 000	2,5	0,0
- 2 000 - 2 499	4,2	3,0
- 2 500 - 2 999	8,9	6,3
- ≥ 3 000	8,9	8,4
Risque infectieux		
- non	10,7	8,9
- oui	1,8	3,3

On observe que toutes les fréquences observées au sein des cellules diffèrent significativement ( $p < 0,001$ ), sauf en ce qui concerne, en cas d'accouchement par voie basse, les taux de sortie précoce entre les classes de poids de l'enfant 2 500 – 2 999 et  $\geq 3 000$  g.

#### IV.5. Repérage du profil des femmes qui, aujourd'hui, bénéficient d'une sortie précoce et proportion de femmes pouvant en bénéficier de façon systématique

La mise en œuvre de 2 modèles de régression logistique visant à expliquer les conditions dans lesquelles la sortie précoce est aujourd'hui pratiquée fournit la liste des caractéristiques associées à la sortie précoce, après prise en compte simultanée des variables.

**Tableau 10.** Facteurs associés à une sortie précoce en 2001-2002 – source réseau sentinelle AUDIPOG.

#### - en cas d'accouchement par voie basse

Caractéristiques	OR aj
multiparité	1,7
absence de pathologie de la grossesse	1,9
déclenchement spontané du travail	3,0
accouchement par voie basse spontané	1,2
absence d'anesthésie ou péridurale ou locale	1,8
absence d'hémorragie	1,5
absence de déchirure complète ou compliquée	2,3
grossesse unique	4,1
naissance à terme	2,5
enfant de plus de 2 500 grammes	1,6
absence de risque infectieux	5,6

OR aj : odds ratio ajouté

## - en cas d'accouchement par césarienne

Caractéristiques	OR aj
multiparité	1,7
absence de pathologie de la grossesse	1,2
césarienne avant travail	0,7
anesthésie péridurale	1,0
absence d'hémorragie	1,2
grossesse unique	1,6
naissance à terme	4,3
enfant de plus de 2 500 grammes	1,7
absence de risque infectieux	2,3

Ces modèles permettent de définir le profil de couples mère-enfant qui aujourd'hui bénéficient d'une sortie précoce de maternité :

- en cas d'accouchement par voie basse, il s'agit le plus souvent de femmes multipares, n'ayant pas présenté de pathologie de la grossesse, ayant eu un début de travail spontané et un accouchement par voie basse spontané, accompagné d'une anesthésie au plus péridurale ou locale, sans déchirure périnéale complète ou compliquée ; la grossesse est unique, survient à terme, l'enfant pesant plus de 2 500 g et ne présentant pas de risque infectieux. Les coefficients (OR aj) présentés dans le *tableau 9* indiquent le «risque» de sortie précoce associé à chacune de ces caractéristiques (exemple, la sortie précoce est trois fois plus fréquente lorsque le déclenchement du travail est spontané par rapport à un travail déclenché) ;
- en cas de césarienne, il s'agit le plus souvent de multipares, sans pathologie de la grossesse, ayant eu une césarienne avant travail sous simple péridurale, sans hémorragie de la délivrance ; la grossesse est unique, survient à terme, l'enfant pesant plus de 2 500 g et ne présentant pas de risque infectieux.

L'application de ces 2 modèles à la base de données du réseau sentinelle permet de calculer la probabilité pour une femme de pouvoir bénéficier d'une sortie précoce, compte tenu de ses caractéristiques et de celles de son enfant. Cette probabilité théorique, donnée par le modèle, étant calculée pour chacune des femmes de l'échantillon, on peut en déduire les proportions de femmes pouvant bénéficier d'une sortie précoce, en se basant sur les pratiques actuelles.

- 11,0 % (10,9 ; 11,1) des femmes accouchant par voie basse ;
- et 9,4 % (9,3 ; 9,5) de celles accouchant par césarienne.

## V. DISCUSSION ET CONCLUSION

L'étude porte sur un vaste échantillon d'accouchements survenus dans 180 maternités de France, de 1994 à 2002, et plus particulièrement au cours des années 2001 et 2002. Les résultats concernant l'évolution de cette pratique depuis 1994 portent sur les grossesses uniques seulement, le recueil des grossesses multiples n'étant exhaustif que depuis 1999. De plus, compte tenu des spécificités des départements d'outre-mer, les résultats portent sur les naissances métropolitaines exclusivement (la sortie précoce apparaît beaucoup plus fréquente dans les départements d'outre-mer). Une analyse particulière pourrait être conduite sur l'échantillon des naissances dans les DOM-TOM.

Concernant les variables étudiées, elles ont été construites à partir des données existantes dans la base, c'est-à-dire la durée du séjour, le mode de sortie de la mère (domicile, transfert ou mutation, contre avis médical, décès) et le mode de sortie de l'enfant (avec sa mère, transfert

ou mutation immédiat ou différé, décès) afin de tenir compte des sorties précoces maternelles liées à un éloignement de l'enfant. La sortie précoce a été basée sur la *durée de séjour* qui peut éventuellement inclure le jour d'admission précédant l'accouchement et être ainsi majorée d'un jour par rapport au délai accouchement-sortie. Les dates d'accouchement et de sortie étant recueillies en jour/mois/année sans les heures, il n'a pas été possible de calculer de délai exact en heures entre l'accouchement et la sortie. Cependant, à titre de vérification, il a été possible de confronter la variable calculée «délai entre accouchement et sortie » et la variable déclarée «durée de séjour » conduisant à considérer la durée de séjour déclarée comme une bonne approximation du délai entre accouchement et sortie.

Les résultats sont exprimés en taux standardisés sur la distribution des accouchements par type d'établissement et par région, distribution fournie périodiquement par la Drees. Cette technique permet de pallier l'inconvénient de la participation au réseau sur le mode du volontariat et apporte des résultats valables au niveau national (très grande proximité des indicateurs du réseau sentinelle à ceux fournis par les enquêtes DGS/Inserm en 1995 et 1998).

Cependant, compte tenu que la variable étudiée correspond à une pratique encore rare, et surtout d'une fréquence très diverse selon l'établissement ou la région, les résultats sont à interpréter avec précaution. En particulier, les valeurs extrêmes observées entre maternité d'une région à l'autre n'ont été présentées qu'à titre purement indicatif, à la demande du groupe, afin d'objectiver la très grande variation de pratiques actuelles concernant la sortie précoce.

Globalement, on peut considérer que la sortie précoce s'adresse actuellement à 7 % des femmes après l'accouchement, avec des extrêmes allant de 0 % à 65 %. Les maternités ayant le plus recours à cette pratique sont les maternités de CHG et notamment celles qui sont associées à un service de réanimation néonatale (niveau III). Concernant les régions, c'est en Ile-de-France que la sortie précoce est devenue déjà une pratique courante dans un grand nombre de maternités.

La recherche des facteurs associés à la sortie précoce permet de définir un profil de couples mère-enfant bénéficiant aujourd'hui d'une sortie précoce et d'en déduire que, compte tenu de ces caractéristiques, au moins 10 % au total des femmes pourraient en bénéficier. Cependant, certaines maternités, en particulier en Ile-de-France, pratiquent beaucoup plus largement cette sortie précoce et il conviendrait d'analyser les avantages et les inconvénients de cette attitude à la lumière de ces expériences.

## ANNEXE 4. ANALYSE DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES SÉLECTIONNÉES

### ÉTUDES DE COÛTS ANALYSANT LES SÉJOURS COURTS ACCOMPAGNÉS D'UN SUIVI DU *POST-PARTUM*

**Tableau 1.** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du *post-partum* : accouchement par voie basse normal.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Berryman, 1991</b> (204)	États-Unis <i>Air Force Academy</i> , Colorado Population de militaires 371 femmes sélectionnées à partir de dossiers médicaux de mars 1989 à février 1990	Évaluation d'un nouveau centre de naissance Appel téléphonique des mères par les infirmières dans les 48 heures suivant la sortie Rendez-vous de suivi du nouveau-né 3 jours après la naissance Pas de suivi à domicile	490 jours d'hospitalisation évités en 1 an Libération de lits Augmentation du nombre des accouchements (577 à 639) Économies annuelles de 186 000 \$ pour les fonds gouvernementaux	Les coûts incluent uniquement les coûts hospitaliers liés à l'accouchement ; ils ne prennent pas en compte les coûts du suivi du <i>post-partum</i> .
<b>Feldman, 1993</b> (205)	États-Unis HMO, Virginie Quatre hôpitaux 6 % d'un échantillon de femmes ayant accouché dans 2 hôpitaux (n = 36) Avril 1988 à décembre 1989	Visite à domicile dans les 36 heures suivant l'accouchement Honoraires négociés pour les visites à domicile, 40 \$ par visite	Coûts moyens évités entre 224 \$ et 298 \$ par naissance Coût total évité pour 911 naissances : 6 1048 \$	Les coûts hospitaliers sont issus de la dernière facture réglée pour les soins. Cette facture comprend les frais de chambre, des soins infirmiers, d'accouchement et de naissance, de médicaments mais pas les honoraires de médecins.

**Tableau 1 (suite).** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du *post-partum* : accouchement par voie basse normal.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Gonzalves, 1993</b> (206)	États-Unis Hôpital des armées, Fort Riley 296 femmes Novembre 1991 à mai 1992	Sortie 24 à 48 heures après la naissance Suivi par appel téléphonique d'une infirmière à 48 heures Visite à domicile à 72 heures État de santé du nouveau-né à 2 semaines	788 lits estimés à 705 260 \$ ont été rendus disponibles (447,50 \$ par jour d'hospitalisation par patiente) Lits additionnels utilisés pour les enfants prématurés : coût approximatif évité de 224 350 \$ Coût de la visite à domicile 31 \$/heure <i>versus</i> rendez-vous pour estimer l'état de santé du bébé (20 minutes de visite, pas de coûts de transport) : coûts évités de 62 \$	
<b>Williams, 1993</b> (207)	États-Unis Trois hôpitaux contractuels, Cleveland 1 616 femmes : 1 328 accouchements par voie basse, 288 césariennes 1989	Durée de séjour de 24 heures : première visite à domicile 24 h après la sortie ; seconde visite 2 à 3 jours après la sortie Durée de séjour de 48 heures : une visite 2 à 3 jours après la sortie Toutes les patientes reçoivent un appel téléphonique 7 à 10 jours après la dernière visite Accès aux infirmières de la maternité 24 h/24	Les économies liées au RPDA étaient de plus de 500 000 \$ pour 925 patientes. Une analyse coût-bénéfice a été réalisée pour des durées de séjour plus longues qui pouvaient être raccourcies en raison de l'existence de visites à domicile.	Cette étude n'inclut pas les coûts d'assistance 24 h/24. Elle ne sépare pas les coûts d'un accouchement par voie vaginale et d'une césarienne.

**Tableau 1 (suite).** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du post-partum : accouchement par voie basse normal.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Rhodes, 1994</b> (101)	États-Unis <i>Air Force Academy</i> , Colorado 1 340 femmes sélectionnées à partir de dossiers médicaux Mars 1989 à février 1992	Évaluation d'un nouveau centre de naissance Appel téléphonique des mères par les infirmières dans les 48 heures suivant la sortie Rendez-vous de suivi du nouveau-né 3 jours après la naissance Pas de suivi à domicile	2 143 jours d'hospitalisation évités en 3 ans (48 % de réduction) ou excès potentiel de 92 % d'hospitalisation en <i>post-partum</i> Augmentation du nombre des accouchements (237 sur 3 ans) Économies sur 3 ans de 924 300 \$ pour les fonds gouvernementaux (3 900 \$ par naissance, coûts hospitaliers et honoraires de médecins). Sur la base des coûts 1988, les coûts évités étaient de l'ordre de 994 500 \$.	Même si les coûts hospitaliers ont diminué, les coûts totaux des soins pour la mère et l'enfant sont inconnus. Les coûts ne comprennent que les coûts hospitaliers de la naissance ; ils n'incluent pas les coûts pour le suivi du <i>post-partum</i> .
<b>Scott, 1994</b> (208)	Australie Hôpitaux de Sydney	Analyse de trois schémas de RPDA existant dans les maternités de Sydney (Australie). Les patientes sortent 2 à 3 jours plus tôt que traditionnellement et reçoivent des visites de sage-femme à domicile pendant 7 jours	Le coût d'un programme de RPDA avec accompagnement de sages-femmes à domicile excédait dans 2 des 3 hôpitaux sélectionnés la valeur des ressources épargnées grâce à la réduction de la durée de séjour.	Point de vue de l'hôpital et des services de santé. Les coûts pour les patientes et leur famille ainsi que la satisfaction des patientes ont été mesurés mais n'ont pas été rapportés dans cet article.
<b>Shorten, 1995</b> (198)	Australie Hôpital de Shellharbour 363 femmes ont choisi une sortie traditionnelle et 177 un RPDA Année 1992-93 Étude rétrospective	Programme initialement destiné aux femmes et bébés en bonne santé : sortie des femmes 24 à 48 heures après accouchement et visite quotidienne à domicile par une sage-femme durant les 7 premiers jours suivant l'accouchement	Analyse de minimisation de coûts (les conséquences de chacun des programmes sont supposées identiques) Le coût par épisode était estimé à 2 563 \$ pour le groupe hospitalisation traditionnelle et à 2525 \$ pour le groupe RPDA.	Une analyse de sensibilité a été menée. Utilisation d'un taux d'actualisation de 7 %. Le point de vue retenu était le point de vue sociétal. Les patientes transférées d'un autre hôpital à Shellharbour et ayant participé au programme de RPDA ont été incluses à l'étude.

**Tableau 1 (suite).** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du *post-partum* : accouchement par voie basse normal.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Brumfield, 1996</b> (124)	États-Unis Hôpital universitaire de Birmingham Étude à la demande de Medicaid 971 mères et 856 bébés éligibles d'octobre 1993 à septembre 1995	Visite à domicile à 48 h Visite clinique à 2 semaines	Coûts totaux évités : 654 \$ ; comprenant les coûts pour la mère (485 \$) et pour l'enfant (169 \$) Coûts hospitaliers évités : 616 084 \$ sur une période de 2 ans (471 420 \$ pour les mères et 144 664 \$ pour les bébés) Coûts moindres de visites à domicile (109 \$/visite ; 106 062 \$) dépistage de taux de bilirubine (870 \$) et 2 réhospitalisations maternelles pour traitement d'une infection (3 013 \$) ; les coûts nets évités pour l'hôpital étaient de 506 139 \$ sur une période de 2 ans	
<b>Behram, 1998</b> (210)	États-Unis Étude rétrospective sur une population d'hôpitaux d'enseignement Janvier 1994 à mars 1995 554 femmes sont sorties précocement (un jour après accouchement)	Programme d'éducation en <i>intra</i> et <i>post-partum</i> afin de permettre les RPDA après accouchement par voie basse sans complications	Taux de réhospitalisation global de 2,2 %. Le coût moyen hospitalier était de 1 714 \$ <i>versus</i> 2 477 \$ pour un séjour de 2 à 3 jours (31 % de coûts évités). Les coûts évités permettaient la prise en charge de 44 % de patientes supplémentaires.	Les coûts évités ne tiennent pas compte du coût des services disponibles pour la patiente (accès téléphonique 24 h/24 et augmentation du nombre de visites à domicile). Ces coûts pourraient réduire les incitations financières à la mise en place de RPDA.
<b>Calhoun, 1999</b> (212)	États-Unis Hôpital militaire Deux groupes pris en compte : un groupe : sortie traditionnelle (n = 1042) entre le 1 <sup>er</sup> mars et le 31 août 1994 ; un groupe RPDA (n = 1050) entre le 1 <sup>er</sup> mars et le 31 août 1996	Programme de RPDA volontaire Mesure de la durée de séjour hospitalier, des coûts hospitaliers et des réhospitalisations avant 6 semaines de <i>post-partum</i> Comparaison des patientes 6 mois avant et 6 mois après la mise en place du programme	Le coût hospitalier total a diminué (de 3 257 628 \$ à 2 399 625 \$) entre les 2 groupes induisant des coûts évités de 858 003 \$ sur 6 mois. Le coût hospitalier moyen d'un accouchement par voie basse normal a diminué de 3126 \$ par jour à 2 285 \$ par jour sans augmentation des effets négatifs.	Les taux de réhospitalisation en <i>post-</i> <i>partum</i> ont augmenté de manière statistiquement significative (p < 0,05) dans le groupe d'étude à 0,6 % avec un OR [2,32(2,17-6,92)] mais toutes les réhospitalisations se sont produites en dehors des 48 heures après RPDA.

**Tableau 1 (suite).** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du *post-partum* : accouchement par voie basse normal.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Gries, 2000</b> (200)	États-Unis Hôpital d'enseignement militaire Analyse rétrospective sur 6 mois : mars à août 1996 1 911 naissances analysées	Le programme incluait l'éducation maternelle et un suivi téléphonique à 48 heures et à 5 jours après la sortie.	Le programme a permis d'éviter 599 jours d'hospitalisation pour un coût total évité de 442 903 \$ en 1996 et un coût évité par enfant de 509 \$. Malgré les coûts additionnels de suivi, le programme permettait un coût total évité de 402 755 \$ et un coût évité par enfant de 463 \$.	Cette étude ne prend pas en compte le coût des ressources utilisées par les familles (transport, garde des autres enfants, arrêt de travail pour le papa).
<b>Escobar, 2001</b> (177)	États-Unis Hôpital de Santa Clara (Californie) 1 014 femmes ont été randomisées : 508 dans le groupe « visites à domicile » et 506 dans le groupe « suivi à l'hôpital » Juillet 1998 à novembre 1999	Deux stratégies de suivi à court terme (après 72 heures de sortie) pour les mères et les enfants à bas risque avec une durée de séjour en <i>post-partum</i> inférieure à 48 heures : visite à domicile par une infirmière ou suivi à l'hôpital en visites de groupes.	Dans le groupe « suivi à domicile », 9 des 508 enfants ont été réhospitalisés alors que 5 des 506 enfants l'ont été dans le groupe « suivi à l'hôpital » (différence non significative). Les visites à domicile sont plus coûteuses qu'un suivi à l'hôpital par le biais de visites de groupes mais permettent d'obtenir des résultats cliniques comparables.	
<b>Petrou et Boulvain, 2004</b> (199)	Suisse Hôpital universitaire de Genève Deux groupes : 228 femmes dans le groupe « soins à la maison » et 231 femmes dans le groupe « soins à la maternité »	Les femmes et les nouveau-nés du groupe « soins à la maison » seront suivis systématiquement par une sage-femme à domicile chaque jour durant les 4 à 5 jours suivant la sortie. Les visites sont ensuite espacées selon les besoins de la famille. Une aide téléphonique sera disponible 24 h/24.	Réduction significative des coûts hospitaliers de soins postnatals dans le groupe « soins à la maison » et augmentation significative des coûts des soins pour la communauté. Pas de différence significative en termes de coûts directs non médicaux et de coûts indirects entre les 2 groupes. Coûts évités significatifs de 1 220,5 francs suisses par naissance. En moyenne, coûts moindres pour les femmes ayant accouché par voie basse plutôt que par césarienne.	Pas d'analyse économique séparée entre les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications ou une césarienne.

**Tableau 2.** Études de coûts analysant les séjours courts accompagnés d'un suivi du *post-partum* : césarienne.

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Strong, 1993</b> (107)	États-Unis Pratique privée, Fresno 147 femmes ayant eu une césarienne, 117 répondaient aux conditions d'éligibilité pour le RPDA (2 jours), 93 composaient le groupe contrôle (3 jours) Janvier 1991 à juin 1991	Pas de programme de suivi du <i>post-partum</i>	Étude des charges hospitalières post-césarienne à Fresno et à Phoenix ; variation de 775 \$ à 1170 \$ par jour  En supposant que 25 % des 4 millions de naissances aux États-Unis sont des césariennes, 1 million de femmes sont des candidates potentielles à un RPDA. Si 80 % répondent aux critères de sélection, une économie comprise entre 620 et 936 millions de dollars pourrait être réalisée annuellement.	Les coûts évités ne sont pas spécifiques à l'étude
<b>Brooten, 1994</b> (87)	États-Unis Hôpital de l'université de Pennsylvanie 24 h après césarienne en urgence ou non programmée, les femmes mères d'un enfant en bonne santé ont été interrogées pour participer à l'étude ; 61 cas, 61 contrôles Août 1988 à janvier 1991	Le groupe RPDA a reçu des soins de suite à domicile, comprenant au moins 2 visites à domicile et 10 appels téléphoniques après la sortie. Suivi de la naissance jusqu'à 8 semaines de <i>post-partum</i> . Les femmes sorties précocement ont quitté l'hôpital en moyenne 30 h plus tôt que les femmes du groupe contrôle.	Les charges moyennes d'hospitalisation initiale pour les mères et les nouveau-nés dans le groupe RPDA étaient inférieures (7 648 \$) à celles du groupe contrôle (10 971 \$) ; une différence de 29 % ou 3 323 \$.	Détail des coûts pour les charges liées aux sages-femmes, aux soins à domicile, aux visites et aux réadmissions Comparaison des charges pour les patientes avec et sans morbidité

ÉTUDES PORTANT SUR LA MISE EN PLACE DE STRUCTURES SPÉCIFIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DU *POST-PARTUM* APRÈS SORTIE PRÉCOCE

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Brown, 1998</b> (178)	États-Unis 49 dyades ont commencé le programme et 29 (71 %) l'ont suivi complètement. Un groupe contrôle de 29 dyades a été constitué.	Développement d'un programme dans lequel le personnel infirmier hospitalier fournit des soins à domicile pour la mère et l'enfant après accouchement	Comparaison des dépenses de santé durant la période de <i>post-partum</i> pour les couples mère-enfant bénéficiant de ce programme et ceux n'en bénéficiant pas. Le groupe contrôle a dépensé 10 fois plus que le groupe d'étude durant la période du <i>post-partum</i> .	Le programme n'empêchait pas les visites imprévues dans le groupe d'étude mais les femmes, mieux éduquées, semblaient moins susceptibles de consulter pour des soucis mineurs.
<b>Keppler, 1999</b> (213)	États-Unis En 1997, 5 309 patientes ont été vues dans le cadre du CSPP, soit 2 794 familles.	Le centre de soins du <i>post-partum</i> (CSPP), centre de suivi en ambulatoire, a été créé en 1991 en réponse au raccourcissement de la durée de séjour et à la nécessité de donner des soins à la mère et à l'enfant en ambulatoire.	Ce modèle a permis à une infirmière de voir 2 à 3 fois plus de femmes qu'elle ne le ferait à domicile.	

---

**ÉTUDES PORTANT SUR LES IMPLICATIONS ÉCONOMIQUES DES TYPES DE SUIVI APRÈS RPDA**

Références	Site/population Période d'étude	Programme	Coûts/évaluation économique	Commentaires
<b>Lieu, 2000</b> (214)	États-Unis 1 163 femmes ayant accouché sans complication. Elles ont été réparties aléatoirement dans 2 groupes : visites à domicile par des sages-femmes (n = 580), consultations cliniques par des infirmières ou des médecins (n = 583).		En moyenne, une visite à domicile coûtait 255 US \$ et une visite clinique pédiatrique, 120 US \$. Pour des mères et des nouveau-nés sortis précocement de maternité, les visites à domicile 3 ou 4 jours après la sortie sont plus coûteuses que les visites cliniques mais elles sont associées à des bénéfices cliniques identiques et donnent une grande satisfaction aux mères.	
<b>O'Connor, 2003</b> (215)	Canada Étude dans 2 établissements de soins tertiaires, Ontario 733 participantes Randomisation : visite à domicile ou appel téléphonique de dépistage Janvier 1997 à janvier 1999	Mise en place d'un programme d'appels téléphoniques visant à identifier les mères ayant besoin de soutien après RPDA.	Dans les 2 établissements, le coût des visites à domicile ordinaires était plus élevé que celui du dépistage téléphonique. Aucune différence significative n'a été observée d'un groupe à l'autre en termes d'assurance de la mère (p = 0,96), de problèmes de santé du nourrisson (p = 0,87), ou de taux d'allaitement à 6 mois (p = 0,22).	Les patientes ont été sélectionnées dans cette étude : les résultats ne peuvent être généralisés qu'aux mères et aux nourrissons à risque modéré.

---

## **TEXTES LÉGISLATIFS**

Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé. Journal Officiel n° 21 du 25 janvier 1990.

Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. Journal Officiel n° 186 du 12 août 1992.

Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal Officiel n° 235 du 10 octobre 1998.

Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre I<sup>er</sup> du livre VII du Code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). Journal Officiel n° 235 du 10 octobre 1998.

Arrêté du 27 juillet 1999 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n° 203 du 2 septembre 1999.

Arrêté du 6 juin 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n° 134 du 12 juin 2001.

Arrêté du 2 janvier 2002 pris en application de l'article 13 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981 fixant pour l'année 2001 le plafond du tarif journalier de soins applicable aux services de soins infirmiers à domicile. Journal Officiel n° 7 du 9 janvier 2002.

Arrêté du 26 décembre 2003 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel n° 7 du 9 janvier 2004.

Circulaire DHOS/O/ du 9 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

---

## RÉFÉRENCES

---

1. Brumfield CG. Early postpartum discharge. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41(3):611-25.
2. Annas GJ. Women and children first. *N Engl J Med* 1995;333(24):1647-51.
3. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96(4 Pt 1):716-26.
4. Catz C, Hanson JW, Simpson L, Yaffe SJ. Summary of workshop: early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1995;96(4):743-5.
5. Conrad PD, Wilkening RB, Rosenberg AA. Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population. *Am J Dis Child* 1989;143(1):98-101.
6. Seymour C, Prystowsky B. Early discharge, in the end: maternal abuse, child neglect, and physician harassment. *Pediatrics* 1995;96(4):746-7.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics. Guidelines for perinatal care (5th edition). Washington: ACOG; 2003.
8. Mosen DM, Clark SL, Mundorff MB, Tracy DM, McKnight EC, Zollo MB. The medical and economic impact of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Obstet Gynecol* 2002;99(1):116-24.
9. Raube K, Merrell K. Maternal minimum-stay legislation: cost and policy implications. *Am J Public Health* 1999;89(6):922-3.
10. Thilo EH, Townsend SF, Merenstein GB. The history of policy and practice related to the perinatal hospital stay. *Clin Perinatol* 1998;25(2):257-70.
11. Eaton AP. Early postpartum discharge: recommendations from a preliminary report to congress. *Pediatrics* 2001;107(2):400-4.
12. Goulet L, D'Amour D, Labadie JF, Pineault R, Séguin L, Bisson J. Evaluation de l'impact des modalités de suivi post-natal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique. Montréal: Faculté de Médecine; 2001.
13. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Évaluation des risques et bénéfiques du congé précoce en post-partum. Montréal: CETS; 1997.
14. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme. Mise à jour 2002. *Paediatr Child Health* 2002;1(2):170-3.
15. British Columbia Reproductive Care Program. Planned maternity discharge following term birth. Vancouver: BCRCP; 1997.
16. British Columbia Reproductive Care Program. Maternal postpartum care path (vaginal delivery). Vancouver: BCRCP; 1998.
17. College of Physicians and Surgeons of Manitoba. Planned obstetrical discharge following uncomplicated term birth. Manitoba: CPSM; 1997.
18. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale. Ottawa: Santé Canada; 2000.
19. Pollet MP. Les sorties précoces de maternité. Bilan après 18 mois de fonctionnement à l'hôpital Edouard-Herriot [thèse]. Lyon: université Claude-Bernard; 1995.
20. Akrich M, Pasveer B. Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1999.
21. Jonkers H. L'obstétrique aux Pays-Bas ; place de la sage-femme. *Dossiers Obstét* 1996;237:23-6.
22. Ceas M. L'accouchement à domicile aux Pays-Bas. *Dossiers Obstét* 1991;185.
23. Wiegers PA, van der Zee J, Kerssens JJ, Keise MJNC. Home birth or short stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1998;46(11):1505-11.
24. Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Guerin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. *J Gynécol Obstét Biol Reprod (Paris)* 2000;29(1):94-101.

25. Jongmans L. Les assistantes natales aux Pays-Bas. *Dossiers Obstét* 2003;313:25-6.
26. De la Bourdonnaye A. La sortie précoce : un nouvel enjeu en périnatalité. Dijon: École de cadres sages -femmes; 2002.
27. Boulvain M, Perneger T, Mentha V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home based versus hospital based postnatal care: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111.
28. The pregnancy book. London: Department of Health; 2003.
29. Zeitlin J, Brunet E. Sortie précoce de maternité. Définition, états des lieux en France et en Europe. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
30. Naître en Suède: une santé périnatale délocalisée, démédiatisée mais performante. *Profession Sage-Femme* 2003;100.
31. Persson EK, Dykes A. Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery* 2002;18(1):53-60.
32. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Upsala J Med Sci* 1987;92(301):14.
33. Odelram H, Nilsson B, Pehrsson-Lindell D, Ljungkvist E. Tigi hemgång rfter förlossning, en säker och effektiv vårdform. *Läkartidningen* 1998;95(28-29):3190-4.
34. Brown S, Lumley J, Small R. Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes? *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998;12(1):49-71.
35. Small R, Lumley J, Brown S. To stay or not to stay: are fears about shorter postnatal hospital stays justified? *Midwifery* 1992;8(4):170-7.
36. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(9):991-7.
37. Thompson JF, Roberts CL, Currie MJ, Ellwood DA. Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study. *Med J Aust* 2000;172(11):532-6.
38. Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Aust J Public Health* 1994;18(2):176-84.
39. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Med Bambino* 2000;19(1):35-43.
40. Mamelle N, Boniol M. Sortie précoce de maternité. Résultats de l'analyse de la base de données AUDIPOG. 2003.
41. Dugrais M. Sorties précoces de maternité : difficultés et opportunités. Proposition d'accompagnement en *post-partum* dans le bassin de population de Montfermeil. Dijon: école de cadres sages -femmes; 2003.
42. Lequien P. Raccourcissement du séjour des mères en maternité : pourquoi le pédiatre reste prudent ? *Arch Pediatr* 2000;8(Suppl 2):487-8.
43. Langue J, Lacroix-Barbery I. Sorties précoces de maternité : place du pédiatre libéral. *Arch Pédiatr* 2000;8(Suppl 2):495-7.
44. Brunet E. Les sorties précoces de la maternité : l'avis des professionnels. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
45. Dehée P, Berry M, Mellier G. Sortie précoce de maternité : l'expérience lyonnaise d'un suivi à domicile par la maternité. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
46. Gold F, Blond MH, Lionnet C. Pédiatrie en maternité : abrégés de périnatalité. Paris: Masson; 2002.
47. Desplanques L. Sorties précoces de maternité : enjeux et perspectives. Paris: hôpital Robert-Debré; 2000.
48. Cléophax JP, Fauquet E, Girodet D. Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations. *Arch Pédiatr* 1999;6(8):885-8.
49. Vial M, Dalloul C. La sortie de maternité. Chevreux: centre hospitalier; 2003.
50. Lewin D, Magnin P. Durée de séjour en maternité. Incidences médicales et économiques. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1976;5:199-27.

51. Racinet C, Guyot F, Robert Y, Favier M, Franco A. Hospitalisation à domicile et suites de couches. L'expérience grenobloise (1985-1993). *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1994;23(5):582-6.
52. Mellier G. L'expérience lyonnaise du suivi des suites de couches à domicile. *Dossiers Obstét* 2003;313:16.
53. Thieux M. Hospitalisation à domicile gynécologique obstétrique, offres d'emplois : économies budgétaires. *Dossiers Obsétr* 1996;237.
54. Mons M. HâD maternité : nouveaux objectifs. *Dossiers Obstét* 2003;313:11.
55. Berlot-Dupont M. Hospitalisation à domicile en obstétrique à l'AP-HP. *Vocation sage-femme* 2003;9.
56. Breton M. La sortie précoce en *post-partum* : une opportunité de santé publique ? Mémoire. Dijon: école de cadres sages -femmes; 1999.
57. Thieux M. L'hospitalisation à domicile en gynécologie-obstétrique : liberté de choix, sécurité sanitaire et filières, partenariats. *Lettre Gynécol* 1997;224:14-21.
58. Com-Ruelle L, Lebrun E. Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000). *Questions Écon Santé* 2003;77:1-6.
59. Buscaïl S, Peyrot S. Les sorties précoces de maternité. Étude rétrospective à propos de 149 dossiers à la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1998. Lille: faculté de médecine Henri-Warembourg; 2000.
60. Romanens C. Hospitalisation à domicile en gynécologie-obstétrique : problèmes administratifs et économiques. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1994;23(5):569-71.
61. Haut Comité de la santé publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Paris: HCSP; 1994.
62. Burette G, Hamon I, Hubert C, Haswet JM. Prise en charge avant l'accouchement, dépistage des situations à risque. *Arch Pédiatr* 2002;8((Suppl 2)):489-91.
63. Hoyez S, Benchemakh M, Ormières P. La visite à domicile par la sage-femme de PMI. *Vocation Sage-Femme* 2003;9:11-9.
64. Naiditch M, Métral P. Réseau de santé du Haut-Nivernais évaluation de l'activité. 2003.
65. Naiditch M, Bourgueil Y, Vedel I. Évaluation du réseau de santé du Haut Nivernais. 1998.
66. Vial-Courmont M. L'expérience d'un réseau périnatal dans les Hauts-de-Seine. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
67. Capgras-Baberon D. Expérience de partenariat réussi dans le Haut-Nivernais. *Vocation sage-femme* 2002.
68. Lamort de Gail J. Suite de couches à domicile : mise en place d'une sortie précoce à la maternité de Saint-Malo [thèse]. Rennes: faculté de médecine; 2000.
69. Tochon-Laruaz A. Évaluation du réseau de soins en obstétrique et de prévention périnatale des sages -femmes de l'Isère [mémoire]. Grenoble: école de sages -femmes; 2003.
70. Dehée P. L'expérience lyonnaise d'un suivi à domicile par la maternité. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
71. Galea M, Brunet E. Le réseau de soins en obstétrique des sages -femmes de l'Isère. *Dossiers Obstét* 2003;313:13-5.
72. Centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency. Rapport d'activité du service de suites de couches à domicile de la maternité du centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency. *Eaubonne-Montmorency : centre hospitalier*; 2001.
73. École de sages -femmes. Journée de formation continue pour les sages -femmes. Lyon: école de sages -femmes; 2003.
74. Baubeau D, Morais S, Ruffié A. Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période. *Études Résultats* 1999;21:1-6.
75. Buisson G. Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risque, avec de fortes disparités régionales. *Études Résultats* 2003;225:1-8.
76. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, Morris-Yates AD. Early discharge and risk for postnatal depression. *Med J Aust* 1997;167(5):244-7.
77. Braveman P, Kessel W, Egarter S, Richmond J. Early discharge and evidence-based practice. Good science and good judgment. *JAMA*

- 1997;278(4):334-6.
78. Vendittelli F, Boulvain M. Sortie hospitalière précoce dans le post-partum. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1997;26:679-86.
79. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstet Gynecol* 1997;90(5):860-5.
80. Jones PM. Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge. *Home care provider* 1997;2(5):235-41.
81. Reeve MM, Lyon DS, Mohtharian PL, Ahmed F. Early post-partum discharge versus traditional length of stay: patient preference. *South Med J* 1998;91 (2):138-43.
82. Commissariat général au Plan. Livre Blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Paris: La Documentation Française; 1994.
83. Kiely M, Drum MA, Kessel W. Early discharge. Risks, benefits, and who decides. *Clin Perinatol* 1998;25(3):539-53.
84. Six A. Le repos des mères au cours de leur séjour en maternité. Mémoire. Lille: école de sages-femmes; 2001.
85. Perinatal Advisory Council Leadership. Neonatal guidelines of care. Los Angeles: PAC LAC; 1998.
86. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes; 2003.
87. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1994;84(5):832-8.
88. Dalby DM, Williams JI, Hødnott E, Rush J. Postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Can J Publ Health* 1996;87(2):90-4.
89. American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995;96(4):788-90.
90. Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(1 Pt 1):205-11.
91. Société française d'hygiène hospitalière. Tissot Guerraz F, Rudigoz RC, Thoulon JM, Raudrant D, Mellier G, Berland M. Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Paris: SFHH; 1999.
92. Small R, Astbury J, Brown S, Lumley J. Depression after childbirth. Does social context matter? *Med J Aust* 1994;161(8):473-7.
93. Garrand MP. Revenir à la maison après l'accouchement. *Recherche Soins Infirmiers* 1993;33 : 30-64.
94. Knerr M, Wallet A, Dhenin N. Suite de couches à domicile. *Dossiers Obstét* 1988;154:3-19.
95. Razurel C, Heliot C, Perier J, Andreoli N. Éducation des mères à la santé dans le *post-partum* à la maternité de Genève. *Recherches soins Inf* 2003;(75):38-45.
96. Chauffaut D, David E, Vallet M. Les débuts du congé paternité, vécu et représentations. *Série Études* 2003;29.
97. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants. Early discharge with home care. *N Engl J Med* 1976;294(13):702-5.
98. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 1990;17(4):199-204.
99. Alberta Center for Health Services Utilization Research. Johnson D, Jin Y, Truman C. Early postpartum discharge and the relationship to potentially preventable newborn re-admissions. Technical report. Edmonton: ACHSUR; 2003.
100. Codaccioni X, Vanderstichele S, Roumilhac M, Hammou Y. Sortie précoce de maternité : conséquences et objectifs à atteindre pour la santé de la mère. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale, 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
101. Rhodes MK. Early discharge of mothers and infants following vaginal childbirth at the United States Air Force Academy: a three-year study. *Mil Med* 1994;159(3):227-30.
102. Hamilton MS, Brooten D, Youngblut JM. High-risk pregnancy: postpartum rehospitalization. *J Perinatol* 2002;22(7):566-71.
103. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of

- delivery and maternal rehospitalisations. Arch Pediatr 2000;283 (18):2411-16.
104. Warner WM. Medical conditions of the puerperium. Clin Perinatol 1998;25(2):403-4.
105. Dershewitz R, Marshall R. Controversies of early discharge of infants from the well-newborn nursery. Curr Opin Pediatr 1995;7(5):494-501.
106. Quentin R, Pierre F. Les infections nosocomiales bactériennes en gynécologie et en obstétrique. In: Avril JL, Carlet J, éd. Les infections nosocomiales et leur prévention. Paris : Ellipses; 1998.
107. Strong TH, Brown WL, Brown WL, Curry CM. Experience with early postcesarean hospital dismissal. Am J Obstet Gynecol 1993;169(1):116-9.
108. Descargues G, Pitette P, Gravier A, Roman H, Lemoine JP, Marpeau L. Les hémorragies non diagnostiquées du post-partum. J Gynécol Obstét Biol Reprod 2001;30(6):590-600.
109. Ferrant D. La douleur périnatale du *post-partum* précoce : quelles pratiques professionnelles ? Lyon: Assises de sages-femmes; 2002.
110. Benhamou D. La douleur du *post-partum*. Besançon: Société française de médecine périnatale; 2002.
111. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: Anaes; 2002.
112. Carty EM, Bradley C, Winslow W. Women's perceptions of fatigue during pregnancy and postpartum: the impact of length of hospital stay. Clin Nurs Res 1996;5(1):67-80.
113. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987;150:782-6.
114. Delassus JM. Ne pas confondre baby-blues et dépression maternelle. Vocation Sage-Femme 2002;4.
115. British Columbia Reproductive Care Program. Mental illness during the perinatal period: major depression. London: BCRCP; 2003.
116. Guédeney N, Fermanian JD, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'*Edinburgh post-natal depression scale* sur une population parisienne. Devenir 1995;7(2):69-92.
117. Hanna B, Jarman H, Savage S, Layton K. The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004;33(2):191-7.
118. Kvist LJ, Persson E, Lingman GK. A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. Midwifery 1996;12(2):85-92.
119. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. Pediatrics 1999;104:1070-6.
120. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. Pediatrics 2003;111(3):519-24.
121. Standing TS, el Sabagh N, Brooten D. Maternal education during the perinatal period. Clin Perinatol 1998; 25(2):389-402.
122. Brown LP, Towne SA, York R. Controversial issues surrounding early postpartum discharge. Nurs Clin North Am 1996;31(2):333-9.
123. Eidelman AI, Hoffman N, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. Obstet Gynecol 1993;81:764-7.
124. Brumfield CG, Nelson KG, Stotser D, Yarbough D, Patterson P, Sprayberry NK. 24-hour mother-infant discharge with a follow-up home health visit: results in a selected Medicaid population. Obstet Gynecol 1996;88(4 Pt 1):544-8.
125. Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, Jensen-Ross C. The safety of Canadian early discharge guidelines. Effects of discharge timing on readmission in the first year post-discharge and exclusive breastfeeding to four months. Can J Public Health 2002;93(1):26-30.
126. Walker CR, Watters N, Nadon C, Graham K, Niday P. Discharge of mothers and babies from hospital after birth of a healthy full-term infant: developing criteria through a community-wide consensus process. Can J Public Health 1999;90(5):313-5.
127. Edmonson MB, Stoddard JJ, Owens LM. Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal

- newborns. JAMA 1997;278(4):299-303.
128. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. Pediatrics 1994;94(3):291-5.
129. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. Can J Public Health 2000;91(1):46-50.
130. Welt SI, Cole JS, Myers MS, Sholes DM Jr., Jelovsek FR. Feasibility of postpartum rapid hospital discharge: a study from a community hospital population. Am J Perinatol 1993;10(5):384-7.
131. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effect of law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and HMO expenditures. N Engl J Med 2002;347(25):2031-8.
132. Beebe SA, Britton JR, Britton HL, Fan P, Jepson B. Neonatal mortality and length of newborn hospital stay. Pediatrics 1996;98 (2 Pt 1):231-5.
133. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early postpartum discharge. Obstet Gynecol 2000;96:183-8.
134. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington state experience. JAMA 1997;278(4):293-8.
135. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, Elliott I, To T. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. J Pediatr 1995;127:758-66.
136. Grupp-Phelan J, Taylor JA, Liu LL, Davis RL. Early newborn hospital discharge and readmission for mild and severe jaundice. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153(12):1283-88.
137. Académie nationale de médecine. L'ictère du nouveau-né est-il suffisamment pris en charge ? Paris: ANM; 2003.
138. Maisels MJ, Newman TB. Jaundice in full term and near-term babies who leave the hospital within 36 hours : the pediatrician's nemesis. Clin Perinatol 1998;25:295-302.
139. American Academy of Pediatrics. Neonatal jaundice and kernicterus. Pediatrics 2001;108:763-5.
140. Bhutani VK, Johnson LH. Newborn jaundice and kernicterus-health and societal perspective. Indian J Pediatr 2003;70:407-15.
141. Johnson LH, Bhutani VK, Brown AK. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of kernicterus. J Pediatr 2002;140(4):396-403.
142. Maisels MJ, Newman TB. Predicting hyperbilirubinemia in newborns: the importance of timing. Pediatrics 1999;103(2):493-5.
143. Putet G. Sortie précoce de maternité : pour la santé de l'enfant. In: XXXIII<sup>es</sup> journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre. Nantes: SFMP; 2003.
144. Soskolne EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150(4):373-9.
145. Schneider AP. Breast milk jaundice in the newborn. A real entity. JAMA 1986;255:3270-4.
146. De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. Am J Dis Child 1982;136:737-8.
147. Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. Am J Obstet Gynecol 1994;170(3):880-3.
148. Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Folck BF, Xiong B, Newman TB. Rehospitalization for neonatal dehydration: a nested case-control study. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;156(2):155-61.
149. Organisation mondiale de la santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le *post-partum*. Genève: OMS; 1999.
150. Radetsky M. The newborn at risk for serious infections. Clin Perinatol 1998;25(2):327-34.
151. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Paris : Anaes; 2002.
152. Kessel J, Ward RM. Congenital malformations presenting during the neonatal period. Clin Perinatol 1998;25(2):351-69.

153. Kuehl KS, Loffredo CA, Ferencz C. Failure to diagnose congenital heart disease in infancy. *Pediatrics* 1999;103(4):743-7.
154. Brown ER. Metabolic screening. *Clin Perinatol* 1998;25(2):371-88.
155. Kessel W, Kiely M, Nora AH, Sumaya CV. Early discharge: in the end, it is judgment. *Pediatrics* 1995;96(4 Pt 1):739-42.
156. Wall TC, Brumfield CG, Cliver SP, Hou J, Ashworth C, Norris MJ. Does early discharge with nurse home visits affect adequacy of newborn metabolic screening? *J Pediatr* 2003;143:213-8.
157. Britton HL, Britton JR. Efficacy of early newborn discharge in a middle-class population. *Am J Dis Child* 1984;138(11):1041-6.
158. Association des pédiatres du Québec. Guay M, Guillemette H, Poitras P, Saintonge J. Rapport du comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale. Montréal: APQ; 1996.
159. Maisels MJ, Kring E. Length of stay, jaundice, and hospital readmission. *Pediatrics* 1998;101(6):995-8.
160. Blondel B, Norton J, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale. Paris: Inserm; 1998.
161. The Royal Women Hospital. The three consensus guidelines on antenatal care. Melbourne : Maternity Care in Victoria; 2001.
162. Delour M. Analyse et point de vue des médecins de PMI. Soins périnataux et inconvénients du fonctionnement en réseau. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1998;27((Suppl 2)):137-46.
163. Diquelou JY. Les suites de couches, carrefour décisionnel de la prévention des troubles relationnels parents enfants. *Ann Méd Lorraine* 2000;3:206-13.
164. Ballouard C, Merg D. L'entretien individuel du 4<sup>e</sup> mois de grossesse par les sages-femmes : une nécessité pour optimiser la garantie d'une sécurité de toutes les femmes. *Dossiers Obstét* 2000;283:34-5.
165. Familles hébergées par le 115. Paris: Samu Social; 2001.
166. Demeure O. Accès aux soins et précarité : des femmes enceintes dans la rue. *Dossiers Obstét* 2002;310:31-3.
167. Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for socially disadvantaged mothers (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
168. Britton HL. Perinatal screening for child abuse and neglect. *Clin Perinatol* 1998;25(2):453-60.
169. Foulon C, Edel Y. Prise en charge des grossesses chez les femmes ayant des conduites addictives aux substances psycho-actives : entretiens de Bichat de sages-femmes. Paris: Expansion Scientifique Française; 2003.
170. Lansac J, Berger C, Magnin G. *Obstétrique*. 3<sup>e</sup> éd. Paris: Masson; 1997.
171. Postec E. Le suivi des suites de couches chez une patiente ayant quitté la maternité 48 heures après un accouchement. 2003.
172. Gonnaud F. Conséquences et objectifs à atteindre pour la santé psychique et l'installation des relations précoces. In: XXXIII<sup>e</sup>s journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003.
173. Neifert MR. The optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clin Perinatol* 1998;25(2):303-26.
174. Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés. 1995.
175. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
176. Egarter SA, Braveman PA, Marchi KS. Follow-up of newborns and their mothers after early hospital discharge. *Clin Perinatol* 1998;25(2):471-81.
177. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM *et al.* A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108(3):719-27.
178. Brown SG, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot project. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1998;27(1):33-8.
179. Galley F. Les suites de couches : quelles missions pour quels objectifs ? Collège national des

Sages-Femmes; 2003.

180. Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6<sup>e</sup> éd. Paris: Masson; 1995.

181. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J* 1997;156(6):831-5.

182. Shakespeare J, Blake F, Garcia J. A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Gen Pract* 2003; 53:614-9.

183. Meunier E. EPDS. Vocation Sage-Femme 2002;4.

184. Manzano J, Righetti-Velrema M, Conne Perreard E. Le syndrome de dépression du prépartum. *Dossiers Obstét* 2002;304:6-11.

185. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.

186. Creedy D, Dennis CL. Telephone support for women during pregnancy and the first month postpartum (protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.

187. Duffy E, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwife* 1997;13:189-96.

188. Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité effectuée à la demande de M. le Pr JF Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Vingt propositions pour une politique périnatale. Paris: ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003.

189. Lalande M. Rôle du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. In: *États Généraux de la Naissance*. 2003.

190. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris: Anaes; 1999.

191. Union régionale des caisses d'assurance maladie de Bretagne. Les réseaux de santé en Bretagne. Le guide du promoteur. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 2003.

192. Union des médecins libéraux de Languedoc-Roussillon. Dossier périnatalité. *Bull URML-LR* 2002;5.

193. Lombrail P, Bourgueil Y, Develay A, Mino JC, Naiditch M. Repères pour l'évaluation des réseaux de soin. *Santé Publique* 2000; 12(2):161-76.

194. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris: Anaes; 2003.

195. Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. Évaluation préliminaire : le congé rapide des nouveau-nés. Ottawa : OCCETS; 2003.

196. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé. Paris: Economica; 1998.

197. Moatti JP, Loubière S, Rotily M. L'analyse économique face au principe de la garantie de sécurité en transfusion sanguine. *Transf Clin Biol* 2000;7:228-35.

198. Shorten A. Obstetric early discharge versus traditional hospital stay. *Aust Health Rev* 1995;18(2):19-39.

199. Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T *et al*. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111.

200. Gries DM, Phyll G, Barfield WD. Evaluation of an early discharge program for infants after childbirth in a military population. *Mil Med* 2000;165(8):616-21.

201. Decavel O. La sortie du service de néonatalogie : analyse d'une expérience de "retour précoce" en milieu familial des enfants de faible poids de naissance [thèse]. Lille: faculté de médecine; 1985.

202. École de sages-femmes. Évaluation de la grossesse à risque et surveillance de l'accouchement. Poissy: école de sages-femmes; 1998.

203. Baetens D, Houziaux O. Les sorties précoces après accouchement. *Gynécol Obstét Prat* 1997;98:9-13.

204. Berryman GK, Rhodes MK. Early discharge of mothers and infants following vaginal childbirth.

Mil Med 1991;156(11):583-4.

205. Feldman WE. Evaluation of an early newborn discharge program. HMO Pract 1993;7(1):48-50.

206. Gonzalves PE, Hardin JJ. Coordinated care early discharge of postpartum patients at Irwin Army Community Hospital. Mil Med 1993;158(12):820-2.

207. Williams LR, Cooper MK. Nurse-managed postpartum home care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1993;22(1):25-31.

208. Scott A. A cost analysis of early discharge and domiciliary visits versus standard hospital care for low-risk obstetric clients. Aust J Public Health 1994;18(1):96-100.

209. Margolis LH. A critical review of studies of newborn discharge timing. Clin Pediatr 1995;34(12):626-34.

210. Behram S, Moschler EF, Sayegh SK, Garguillo FP, Mann WJ. Implementation of early discharges after uncomplicated vaginal deliveries: maternal and infant complications. South Med J 1998;91(6):541-5.

211. Gazmararian JA, Koplan JP. Economic aspects of the perinatal hospital stay. Clin Perinatol

1998;25(2):483-98.

212. Calhoun BC, Gries D, Barfield W, Kovac C, Hume R. Cost consequences of implementation of an early obstetrical discharge programme in a military teaching hospital. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1999;39(1):35-40.

213. Keppler AB, Roudebush JL. Postpartum follow-up care in a hospital-based clinic: an update on an expanded program. J Perinat Neonat Nurs 1999;13(1):1-14.

214. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. Pediatrics 2000;105(5):1058-65.

215. O'Connor SKO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. Can J Public Health 2003;94(2):98-103.

216. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postnatal depression and puerperal psychosis. A national clinical guideline; Edinburgh: SIGN; 2002.