



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)

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^r Philippe BLANCHARD, chef de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles, et par M^{lle} Anne-Isabelle POULLIÉ, chef de projet, sous la direction de M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON, responsable du service évaluation économique.

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

Le secrétariat a été assuré par M^{me} 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^f Joëlle BELAISCH-ALLART, gynécologue-obstétricien, SÈVRES

M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, BREST

P^f Michel COLLET, gynécologue-obstétricien, BREST

M^{me} Elizabeth LECHEVALLIER, sage-femme, CAEN

M. Benoît LE GOËDEC, sage-femme, PARIS

D^f Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, PARIS

D^f Murielle MONS, médecin coordonnateur, PUTEAUX

D^f Michel NAIDITCH, médecin de santé publique, PARIS

D^f François PARÉ, médecin généraliste, CHÂTEAU-DU-LOIR

P^f Jean-Christophe ROZÉ, pédiatre, NANTES

GROUPE DE TRAVAIL

D^f Michel NAIDITCH, médecin de santé publique, PARIS - président du groupe de travail

M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, BREST - chargée de projet

D^f Philippe BLANCHARD, chef de projet, Anaes, SAINT-DENIS LA PLAINE

M^{lle} Anne-Isabelle POUILLIÉ, chef de projet, Anaes, SAINT-DENIS LA PLAINE

D^f Céline BARON, médecin généraliste, ANGERS

D^f Jean-Philippe BAULT, gynécologue-obstétricien, LES MUREAUX

D^f Christine BOISSINOT, pédiatre, PARIS

M^{me} Edith BRUNET, sage-femme, GRENOBLE

D^f Marianne BUHLER, gynécologue, PARIS

M^{me} Danielle CAPGRAS-BABERON, sage-femme, NEVERS

D^f Jean-Marie CAZAURAN, pédiatre, PÉRIGUEUX

M^{me} Martine CHOUTEAU, infirmière puéricultrice, CHATOU

D^f Anne-Marie DANDRES, médecin PMI, GENNEVILLIERS

M^{me} Anne DUSART, Collectif interassociatif autour de la naissance, PAGNY-LA-VILLE

D^f Joël GARCIA, pédiatre, SAINT-NAZAIRE

D^f Françoise GONNAUD, pédopsychiatre, LYON

P^f Claude LEJEUNE, néonatalogiste, COLOMBES

D^f Michel LE POOLE, médecin généraliste, FONTENAY-LE-FLEURY

D^f Olivier LOUIS, gynécologue-obstétricien, LIBOURNE

M^{me} Françoise PEREZ, sage-femme, BÉZIERS

P^f Christian QUEREUX, gynécologue-obstétricien, REIMS

M^{me} Muriel TERRIERES, sage-femme, MONTMORENCY

GROUPE DE LECTURE

D^f Gérard ANDREOTTI, médecin généraliste, LA CRAU

M^{lle} Sylvaine AUBIN, sage-femme, CAEN

D^f Dominique AUSSEL, gynécologue-obstétricien, RENNES

M^{me} Isabelle BAR, sage-femme, CHATEAUBOURG

D^f Joëlle BELAISCH-ALLART, gynécologue-obstétricien, SÈVRES

M^{me} Elizabeth BLANCHARD, sage-femme, BOBIGNY

D^f Yvon BOUCHEZ, gynécologue-obstétricien, RENNES

M^{me} Claire BOUET, sage-femme, CAEN

P^f Gérard BREART, épidémiologiste, PARIS

M^{me} Francine CAUMEL-DAUPHIN, sage-femme, ANTONY

P^f Jean-Yves CHAMBONET, médecin généraliste, NANTES

D^f Patrick CHEVALLIER, médecin généraliste, MAULE

D^f Evelyne COMBIER, médecin de santé publique, LE KREMLIN-BICÊTRE

M^{me} Josette DELEMARRE, infirmière, ARGENTEUIL

D^f Catherine DORMARD, médecin généraliste, SACLAY

D^f Alain DREVAL, gynécologue, STRASBOURG

M^{me} Michèle DUGRAIS, sage-femme, MONTFERMEIL

D^f Philippe ELDELMAN, gynécologue, PARIS

M^{me} Marie-Laure FLEURY, puéricultrice, BOUAYE

D^f Alicia FRAMARIN, conseillère scientifique, MONTRÉAL

P^f Jean-Robert GIRAUD, gynécologue-obstétricien, ANGERS

D^f Dominique GIRODET, pédiatre, MONTMORENCY

M^{me} Rolande GRENTE, sage-femme, CAEN

M^{me} Isabelle HEUDES-GUILLON, sage-femme, ARGENTEUIL

D^f Françoise LEBRUN, pédiatre, PARIS

M^{me} Elizabeth LECHEVALLIER, sage-femme, CAEN

P^f Pierre LEQUIEN, pédiatre, LILLE

M^{me} Ghislaine LHEZ-HAMIEAU, sage-femme, SAINT-LEU-LA-FORÊT

D^f Bernard MARIA, gynécologue-obstétricien, VILLENEUVE-SAINT-GEORGES

D^f Muriel MONS, médecin coordonnateur, PUTEAUX

D^f François PARÉ, médecin généraliste, CHÂTEAU-DU-LOIR

D^f Régis PATTE, médecin coordonnateur, PARIS

D^f Nathalie PELLETIER-FLEURY, chercheur, LE KREMLIN-BICÊTRE

P^f Franck PEROTTIN, gynécologue-obstétricien, TOURS

M^{me} Laurence PLATEL, sage-femme, SAINT-SÉBASTIEN-SUR-LOIRE

P^f Jean-Christophe ROZÉ, pédiatre, NANTES

D^f Jacques SCHIRRER, pédiatre, BESANÇON

P^f Olivier SIBONY, gynécologue-obstétricien, PARIS

D^f Thierry SIX, gynécologue-obstétricien, CAEN

D^f Michèle VIAL, pédiatre, CLAMART

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 bénéfiques/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^e 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^e au 30^e 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 EPDS¹) est validé et traduit en français. Son utilisation est également proposée durant la grossesse, notamment au 3^e 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.

¹ Voir *annexe 2*.

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 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-indique 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 » médical²*

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,

² Voir d'autres précisions en *annexe 2*.

hémorragique ou psychologique³. 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.

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 3e 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 ;

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

- **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^e et le 10^e 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^{re} 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^e-10^e jour de l'enfant et de la mère, et la visite post-natale.

- 1^{re} visite : elle est systématique, le lendemain si sortie avant J2, et au plus tard le surlendemain si sortie à J2 ;
- 2^e visite et 3^e 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^e 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^{re} consultation.

Cet ouvrage ainsi que l'entretien du 4^e 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^e 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^e et le 10^e 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 débiter 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">❑ Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile. | <ul style="list-style-type: none">❑ Un RPDA bien organisé est une option sûre pour la mère et l'enfant. |
| <ul style="list-style-type: none">❑ Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de décider un RPDA. | <ul style="list-style-type: none">❑ La mère doit se sentir à l'aise, confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent. |
| <ul style="list-style-type: none">❑ Le suivi à domicile doit respecter un cahier des charges spécifique conforme aux présentes recommandations. | <ul style="list-style-type: none">❑ Le RPDA concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social. |
| <ul style="list-style-type: none">❑ Le raccourcissement du temps de séjour en maternité impose de réorganiser la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité. | <ul style="list-style-type: none">❑ 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. |

ANNEXE.

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 cytomégalovirus
- 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.

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 ≥ 38 °C (grade A) ;
- durée d'ouverture de la poche des eaux ≥ 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 ≥ 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.