



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

---

**CNNSE du 23 septembre 2014**

**Pr Jean-Michel Hascoët et Karine Petitprez**

# Auto-saisine HAS

- ANAES (2004) RPC sur « *la sortie précoce après acc. – conditions pour proposer un retour précoce à domicile* »
- Actualisation portant sur :
  - (1) **Les modalités de prise en charge existantes** (place critiquable de l'HAD dans le champ du post partum physiologique ; extension du programme PRADO).
  - (2) **La surveillance médicale à mettre en place** (résurgence de l'ictère nucléaire ; dépistage néonatal réalisé au 3<sup>ème</sup> j de vie).
- Décision CRBP/ note de cadrage : **Élargissement du thème à TOUTES sorties de maternité (hors pathologies)**

# Rappels - Enjeux

- **Diminution progressive de la durée des séjours en maternité / Réduction du temps d'observation des nouveau-nés**
- **Besoin d'accompagnement des femmes** : au regard de l'offre locale, il s'agit d'améliorer l'organisation de la sortie de maternité et l'accompagnement des mères.
- **RBP mise en cohérence avec le document de synthèse produit par un sous-groupe de la CNNSE** : « *Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité* » à destination des établissements de santé et des professionnels de santé (champ pathologie compris) => reprend en annexes
  - 1) **Fiche de liaison : maternité → suivi en post-partum immédiat**
  - 2) **Compte-rendu du suivi en post-partum immédiat**
- **Attente du PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile**

# Modalités de réalisation

## Méthode de travail : RPC

## Composition qualitative des groupes

Président : Pr JM Hascoët, service néonatalogie (Nancy)

Chargés de projet : 1 doctorante sage-femme / partie maternelle  
2 pédiatres / partie pédiatrique

GT (20 membres) : 4 sages-femmes, 4 pédiatres, 3 gynécologues-obstétriciens, 1 gynécologue, 1 médecin généraliste, 1 médecin de PMI, 1 membre du CNRHP, 2 infirmières puéricultrices, 1 pédopsychiatre, 1 représentant d'usagers, 1 médecin DIM

GL (81 membres) : même représentation qualitative

# Points forts

- Age du nouveau-né exprimé en heures de vie et non plus en jours
- Définition d'une durée de séjour standard de 72 à 96 h après un acc. VB et de 96 à 120h après une césarienne
- Modification de la définition de la sortie précoce pour un acc. VB :
  - *72h ou moins* (entre J0 et J2 inclus selon ANAES 2004)
  - Inchangé en cas de césarienne : *96h ou moins* (J0-J4 ANAES 2004)
- Définition de la population mère/enfant à **bas risque**
- Définition des paramètres de surveillance de la mère et de l'enfant
- Deuxième examen du nouveau-né recentré entre J6 et J10
- Notion d'entretien postnatal précoce (mamans) préférentiellement entre J8 et J15 (réalisé actuellement en 2 séances postnatales)
- Continuité du parcours patient: *pré=>postnatal=>ambulatoire*

# Critères pour définir le bas risque chez la mère

## Critères pour une sortie entre 72 et 96 heures pour un accouchement par voie basse ou entre 96 et 120 heures pour une césarienne

- Absence de situation de vulnérabilité psychique\*, sociale\*\*, de conduites d'addictions et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Si hémorragie de la délivrance, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection.
- Absence de signes thrombo-emboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

## Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Absence d'hémorragie de la délivrance sévère\*\*\*
- **Accord de la mère et/ou du couple**

\* instabilité psychique, antécédents de dépression du postpartum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale... \*\* mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

\*\*\* pertes sanguines estimées supérieures à 1500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

# Critères pour définir le bas risque chez l'enfant en cas de sortie standard

## Critères pour une sortie entre 72 et 96 heures pour un accouchement par voie basse ou entre 96 et 120 heures pour une césarienne

- Nouveau-né à terme  $\geq 37$  SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal => **impérativement 48h après la naissance et avant la sortie**
- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
- **Alimentation** établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de **poids** < 8% par rapport au poids de naissance
- Absence **d'ictère** nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque et risque intermédiaire bas)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une **infection** ; si facteurs de risque d'infection : prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs
- **Dépistages néonataux** réalisés à la maternité
- **Suivi** postpartum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi **dans les 48h suivant la sortie**, sinon dans la semaine. (cf. Schéma de l'organisation du parcours de soins)

# Critères pour définir le bas risque chez l'enfant en cas de sortie précoce

## Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme  $\geq$  **38 SA**, singleton et eutrophe
- Apgar  $\geq$  7 à 5 minutes
- Examen clinique normal° **le jour de sortie**
- **Alimentation** établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions **spontanées** des selles, transit établi.
- Absence **d'ictère** ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une **infection** ; si facteurs de risque d'infection : prélèvement biologiques et bactériologique récupérés et négatifs
- **Vitamine K1** donnée
- **Dépistages néonataux prévus**
- Suivi postpartum après la sortie organisé : 1<sup>ère</sup> visite prévue **dans les 24 heures après la sortie de maternité**

° dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire  $<60$ /mn fréquence cardiaque  $>90$  et  $<170$ /mn au repos



# Suivi de la mère

## Paramètres de surveillance quel que soit le type de sortie

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

\*s'il y a lieu et si non fait durant le séjour.

# Suivi de l'enfant

## Paramètres de surveillance pour une sortie entre 72 et 96 heures pour un accouchement par voie basse ou entre 96 et 120 heures pour une césarienne

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

## Paramètres de surveillance supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- **Risque d'ictère** : surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence).
- Réalisation des **dépistages néonataux** et suivi de leur traçabilité



# Déroulement du suivi pour une sortie standard

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

- **1<sup>ère</sup> visite** : elle doit être  systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et  si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.

- **2<sup>ème</sup> visite** : elle est  recommandée  et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

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

L'examen médical du nouveau-né (pédiatre ou médecin ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né) prévu dans le premier mois de vie est recentré  entre J6 et J10  (qualité de l'adaptation et relais de prise en charge).

# Déroulement du suivi pour une sortie précoce

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

- **1ère visite** : elle est systematique et doit être réalisée dans les 24h après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée
- **2ème visite** : elle est systematique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.
- **3ème visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

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

# Document d'information

---



*Sortie de maternité*

**préparez**

*votre retour à la maison*

---

# Points forts

- Age du nouveau-né exprimé en heures de vie et non plus en jours
- Définition d'une durée de séjour standard de 72 à 96 h après un acc. VB et de 96 à 120h après une césarienne
- Modification de la définition de la sortie précoce pour un acc. VB :
  - 72h ou moins (entre J0 et J2 inclus selon ANAES 2004)
  - Inchangé en cas de césarienne : 96h ou moins (J0-J4 ANAES 2004)
- Définition de la population mère/enfant à bas risque
- Définition des paramètres de surveillance de la mère et de l'enfant
- Deuxième examen du nouveau-né recentré entre J6 et J10
- Notion d'entretien postnatal précoce (mamans) préférentiellement entre J8 et J15 (réalisé actuellement en 2 séances postnatales)
- Continuité du parcours patient: *pré=>postnatal=>ambulatoire*