

SORTIE PRECOCE DE MATERNITE

Dr Pax-Chochois

Recommandations

- HAS Mars 2014
- Sortie de maternité après accouchement-
Conditions et organisation du retour à domicile des
mères et de leur nouveau-né
- PRADO de l'Assurance Maladie étendu aux sorties
précoces en avril 2015

Définitions

- Sortie « normale » =
 - maxi à 96H pour un AVB
 - Maxi à 120h pour une césarienne
- Sortie précoce =
 - < 72 premières heures pour AVB
 - < 96 premières heures pour une césarienne

TOUT NOUVEAU-NÉ A 2 EXAMENS À LA MATERNITÉ

Un examen dans ses 2 premières heures de vie par une sage-femme ou un pédiatre

Un avant toute sortie de maternité

En cas de sortie standard ; impérativement après H48 et avant la sortie

En cas de sortie précoce = le jour de la sortie

Ces examens sont réalisés par un pédiatre (recommandation)

Une fois que le pédiatre a attesté que le nouveau-né est « bas risque », le suivi peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin

Examen recommandé entre J6 et J10, de préférence par un pédiatre (ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né) ; qui reste recommandé même si certificat 8°J rempli avant la sortie de maternité, lequel ne peut être complété **que** par un médecin
Si besoin, **autre examen entre J11 et J28** (selon l'appréciation du médecin qui a réalisé l'examen précédent)

Professionnel « référent de maternité »

répondre aux demandes d'informations et avis du professionnel référent du suivi

⇒ Liaison ville-maternité

⇒ Contact téléphonique 7j/7 24h/24

Professionnel « référent de suivi »

Fiche de liaison maternité/ville (données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la maman, du nouveau-né – copie dans le dossier)

Compte-rendu du suivi post-partum immédiat

Visites avec le Professionnel « référent de suivi »

En cas de sortie standard = 2 visites recommandées =

1° visite systématique dans la semaine qui suit la sortie, **si possible dans les 48 heures suivant cette sortie**

2° recommandée planifiée selon l'appréciation du professionnel « référent du suivi »

En cas de sortie précoce = 3 visites recommandées =

Au moins 2 visites systématiques (+/-3° recommandée)

Première visite systématique **dans les 24h suivant la sortie**

(si impossible => report de la date de sortie)

2° systématique planifiée selon l'appréciation du professionnel « référent du suivi »

3° recommandée planifiée selon l'appréciation du professionnel « référent du suivi »

Au cours de la deuxième semaine de vie

Par le professionnel référent du suivi (sage-femme ou puéricultrice)

Récupération du poids de naissance

Bonne prise alimentaire (transit régulier, pas de vomissement)

Bonne mise en place de l'allaitement maternel

Absence d'ictère ou le caractère non pathologique de celui-ci : bon tonus, bon éveil, prise alimentaire suffisante, selles normalement colorées, urines claires ; en cas de doute clinique apprécier son intensité par une mesure du BTC (estimation) ou de la Bili sg

Absence d'éléments en faveur d'une infection (hyper ou hypothermie)

Absence de détresse respi (FR<60/min au repos)

Bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parent-enfant



RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né dans le cadre d'une durée de séjour standard en maternité⁽¹⁾

Après avis de la HAS⁽²⁾

Le programme d'accompagnement du retour à domicile est destiné aux femmes qui le souhaitent dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale de la maternité. Il prévoit l'intervention à domicile d'une sage-femme libérale choisie par la mère. Il s'appuie sur la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » de mars 2014 concernant les couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social⁽¹⁾. Le contenu des visites prévues dans ce programme a été élaboré en cohérence avec les missions de la sage-femme relatives au suivi mère-enfant dans les suites d'accouchement, c'est-à-dire :

- l'accompagnement du couple mère - enfant et la continuité de la prise en charge,
- la réalisation d'un diagnostic,
- l'indication d'une stratégie de prise en charge.

Contenu des visites

Concernant la mère

Évaluation clinique

- état général ;
- état obstétrical (dont cicatrisation périnéale ou césarienne) ;
- recherche d'une infection du postpartum dont infection urinaire, endométrite, mastite, veinite ;
- recherche de risques thromboemboliques et hémorragiques ;
- état psychologique dont le baby blues et la dépression du postpartum.

Selon les besoins

- s'il y a lieu et si non réalisé durant le séjour en maternité : vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...), injections immunoglobulines ainsi qu'information et prescription sur la contraception ;
- si la femme a arrêté de fumer pendant sa grossesse, la soutenir et valoriser les bienfaits de l'arrêt. Évaluer les envies de fumer et les façons de les gérer.

Concernant le nouveau-né

Évaluation clinique

- état général, surveillance du poids, tonus, éveil, contact ;
- recherche de signes de déshydratation, de vomissements, d'efficacité de la succion ;
- recherche du risque d'ictère (coloration et si besoin mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine) ;
- surveillance du risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), infection du cordon, fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques ;
- recherche de risque de cardiopathies (auscultation et perception des pouls fémoraux) ;
- supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K ;
- dépistage néo-natal⁽³⁾ : s'assurer qu'il a été effectué et à défaut procéder à son organisation en lien avec la maternité concernée.

Évaluation de la relation mère - enfant

Il est indispensable de s'assurer de la bonne instauration du lien dans le couple mère-enfant en appréciant la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né, de rechercher les éléments prédisposant à une altération de ce lien et de proposer si nécessaire une évaluation psychologique en se référant à d'autres professionnels.

Évaluation de la nécessité du soutien à un allaitement

- En étant à l'écoute de la mère, en délivrant une information personnalisée sur l'allaitement et en prévenant les complications, la sage-femme accompagne le bon démarrage de l'allaitement.
- Les problèmes liés à l'allaitement : perte de poids supérieur à 7% du poids de naissance avec une déshydratation sévère du nouveau-né, apparition d'une forme grave d'un ictère, de vomissements, succion déficiente retardant la montée de lait font l'objet d'une vigilance permanente de la sage-femme ;
 - La mère qui allaite doit être à même de reconnaître les manifestations d'éveil du nouveau-né afin de donner le sein aussitôt et de vérifier la réalité du transfert du lait ;
 - Pour les femmes fumeuses qui n'ont pas arrêté pendant la grossesse, l'allaitement maternel peut être une motivation supplémentaire à l'arrêt.

Périodicité des visites

La première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Ces deux rendez-vous sont fixés en concertation avec la mère. Si lors de ces deux visites consécutives aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau-né, les visites de la sage-femme sont arrêtées.

⁽¹⁾ Les durées de séjour standard ont été définies d'après la recommandation HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » de mars 2014 comme étant des durées d'hospitalisation de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne.

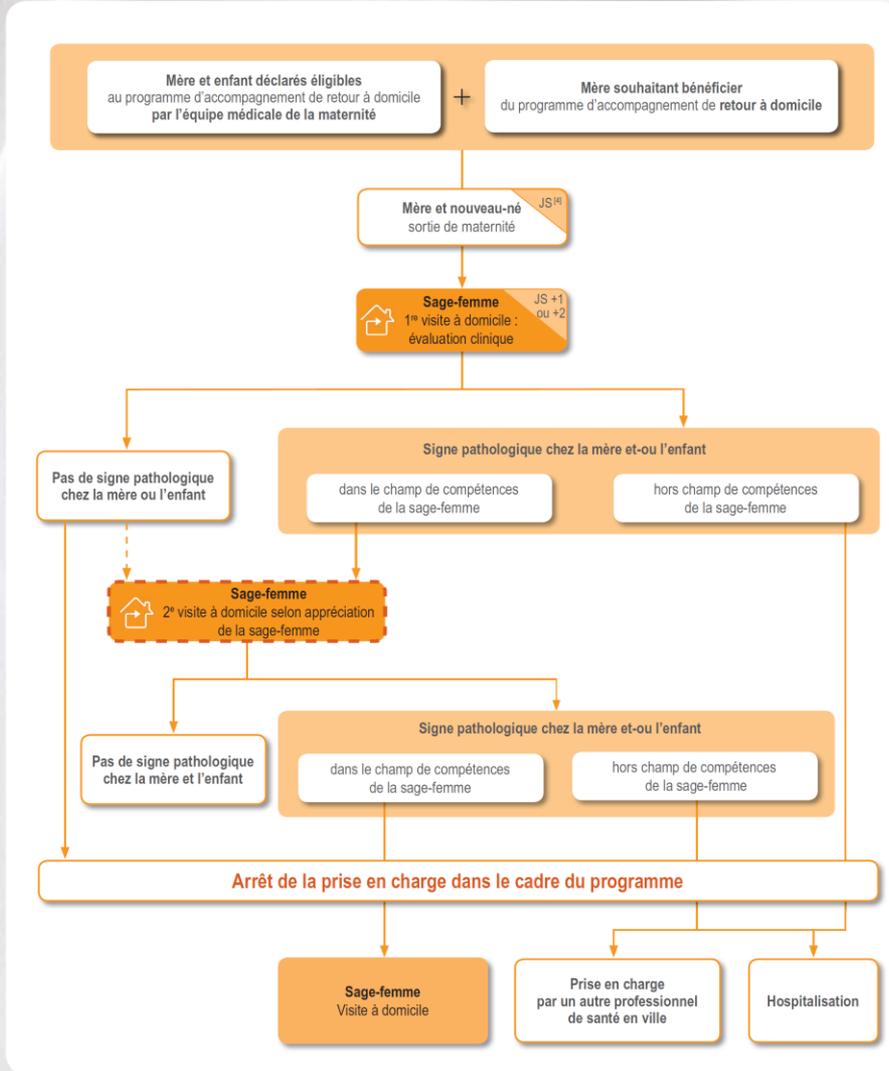
⁽²⁾ www.has-sante.fr

⁽³⁾ Arrêté ministériel du 22/01/2010 : phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales, hypothyroïdie, mucoviscidose et pour les nouveau-nés présentant un risque : drépanocytose

Concernant le nouveau-né

Évaluation clinique

- état général, surveillance du poids, tonus, éveil, contact ;
- recherche de signes de déshydratation, de vomissements, d'efficacité de la succion ;
- recherche du risque d'ictère (coloration et si besoin mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine) ;
- surveillance du risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), infection du cordon, fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques ;
- recherche de risque de cardiopathies (auscultation et perception des pouls fémoraux) ;
- supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K ;
- dépistage néo-natal^[3] : s'assurer qu'il a été effectué et à défaut procéder à son organisation en lien avec la maternité concernée.



Sources :

⁽¹⁾ Recommandation « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », HAS, mars 2014
Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes et Conseil National des Sages-femmes, référentiel métier et compétences des sages-femmes, janvier 2010.
Paul Vert et Michel Arthuis, Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : la première semaine de vie, mai 2005.
⁽¹⁾ JS = jour de sortie de la maternité

Mai 2015 / SF 14-15 DCEES

La première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Ces deux rendez-vous sont fixés en concertation avec la mère. Si lors de ces deux visites consécutives aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau-né, les visites de la sage-femme sont arrêtées.

Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures en cas de naissance par voie basse (entre 96 et 120 heures en cas de césarienne)

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

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



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

* : voire dans la semaine

Examen PEDIATRIQUE
après H48 et avant sortie

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

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse (ou entre 96 et 120 heures en cas de césarienne)

Mère		Validation (cocher si oui)	Enfant		Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères		1	Nouveau-né à terme \geq 37 SA singleton et eutrophe	
2	Soutien familial et/ou social adéquat		2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée		3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu		4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi	
5	Si hémorragie de la délivrance, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)		5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection		6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque et risque intermédiaire bas)	
7	Absence de signes thromboemboliques		7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	
8	Douleur contrôlée		8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité	
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité		9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous avec un professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie voire dans la semaine	
Conclusion : femme éligible (oui/non)			Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

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

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

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

Critères de vulnérabilité environnementale

Nombre de cases cochées /__ /

Constellation familiale et indicateurs sociaux familiaux :

- Mère de moins de 18 ans
 - Isolement familial
 - Migration-transplantation ou situation irrégulière
 - Grossesse multiple
 - Enfant en garde :
 - Foyer
 - Famille d'accueil
 - Tiers digne de confiance
 - Hébergement en foyer ou absence de domicile
 - Pathologie parentale justifiant une indemnisation :
 - ACPH
 - Pension d'invalidité
 - A.A.H.
 - A.E.E.H pathologie ou handicap dans la fratrie
 - Ressources
 - Minima sociaux (RSA-ASS)
 - Allocation rémunération chômage, équivalente aux minima sociaux
 - Interventions pluridisciplinaires (*médico-sociale : PMI, AS, éducative*)
- Précisez : _____
- Assistante éducative judiciaire

Vulnérabilité familiale (de la mère, du père ou des parents) :

- Déni de grossesse
- Événements entraînant la rupture des liens affectifs**
- Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles**
- Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérés dans la famille**
- Psychose puerpérale
- Dépression maternelle dans la période post-natale**
- Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année**
- Autre trouble important des relations précoces**
- Troubles mentaux d'un ou des parents**
- Troubles mentaux d'un autre membre de la famille**
- Alcoolisme ou **toxicomanie du père****
- Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial**

** Issus de la Classification Française des Troubles Mentaux des Enfants et Adolescents (CFTMEA)

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

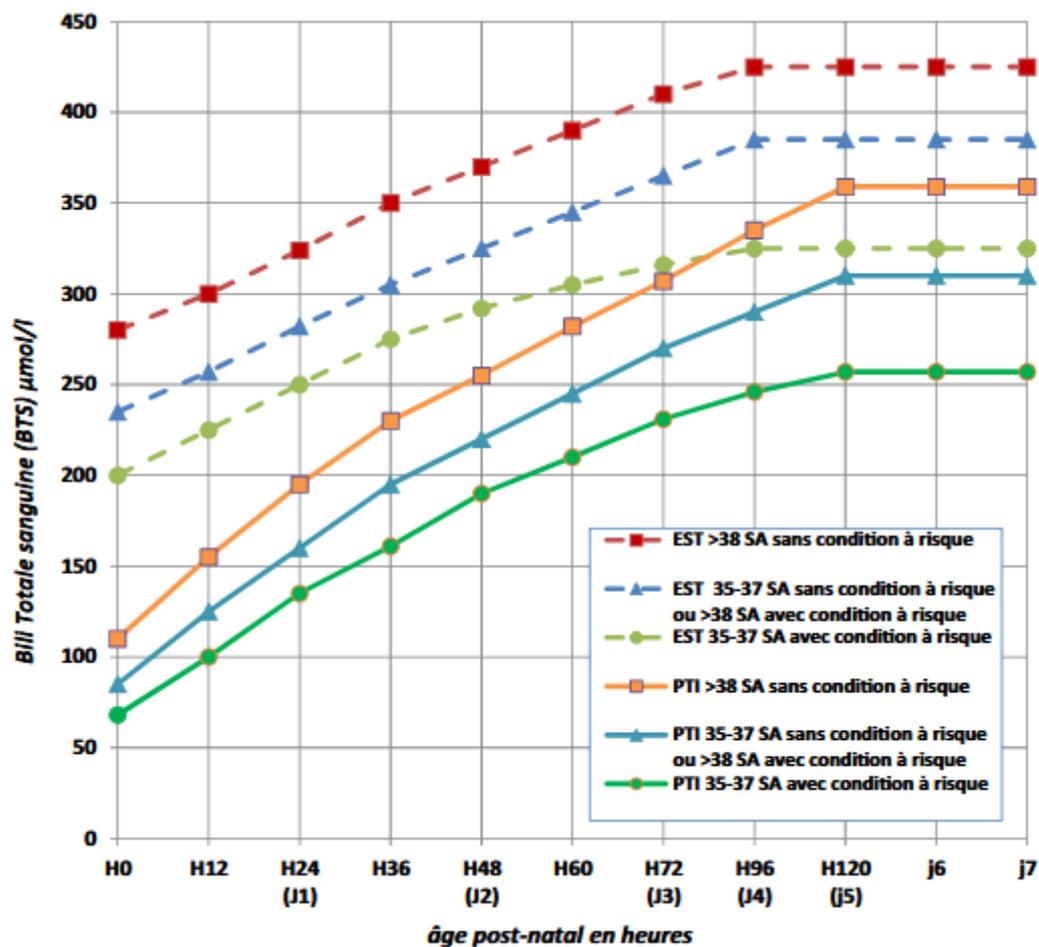
	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

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

** définis selon les courbes de référence utilisées.

FACTEURS DE RISQUES D'HYPERBILIRUBINEMIE SEVERE

- âge gestationnel < 38 semaines d'aménorrhée (SA) (par immaturité d'induction de la glycurono-conjugaison) ;
- ictère précoce c'est-à-dire débutant au cours des 24 premières heures de vie (production accélérée de bilirubine par hémolyse)
- situations d'incompatibilité foeto-maternelle érythrocytaire (IFME) ABO ou autre (Rhésus RH1(D), RH4 (petit-c)) ou RAI maternelles positives dans le dernier trimestre de grossesse (hémolyse périnatale) ;
- antécédents familiaux de maladie hémolytique (sphérocytose, déficit en G6PD...) ;
- antécédents d'ictère traité par photothérapie dans la fratrie (évocatrice d'une pathologie hémolytique ou d'une IFME) ;
- bosse séro-sanguine, ecchymoses et/ou hématomes (dont céphalhématome) (hyperbilirubinémie par hémolyse précoce ou différée après j3)
- origine familiale (grands-parents) des Antilles et d'Afrique (risque majoré de déficit en G6PD et/ou difficulté du diagnostic d'ictère)
- origine familiale (grands-parents) asiatique (induction retardée de la glycurono-conjugaison...)
- allaitement maternel exclusif et inefficace et/ou perte pondérale > 8 %.

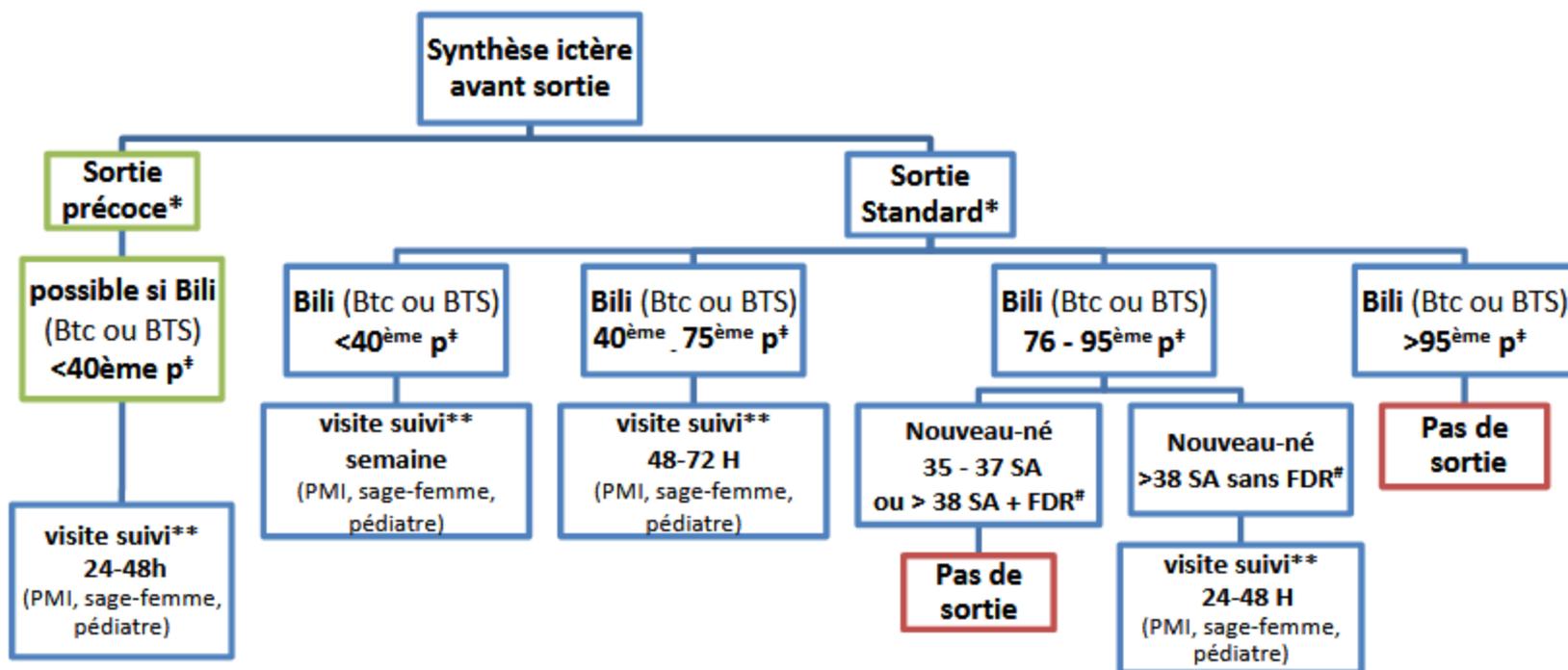




Ictère du nouveau-né : organigramme décisionnel de sortie et suivi

Sortie précoce* (HAS 2014) : <72h si voie basse et <96h si césarienne

Visite de suivi** (HAS 2014) = Evaluation de état général+ interaction mère-enfant+ alimentation + poids + quantification ictère. **FDR[#]** : **facteur de risque d'hyperbilirubinémie sévère** (âge gestationnel < 38 SA, allaitement maternel inefficace, début ictère <H24, maladie hémolytique familiale, allo-immunisation maternelle ou contexte incompatibilité ABO, antécédents ictère traité dans la fratrie, bosse séro-sanguine ou hématomes, grand-parents d'Asie, d'Afrique et des Antilles). **Btc** : bilirubine transcutanée ; **BTS** : dosage sanguin de bilirubine totale ; **p[†]** : **percentile du nomogramme** (référentiel des bilirubinémies normales) *adapté de Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM ; Pediatrics, 1999;103(1): 6-14*



SUIVI QUOTIDIEN INDIVIDUEL DE L'ICTÈRE

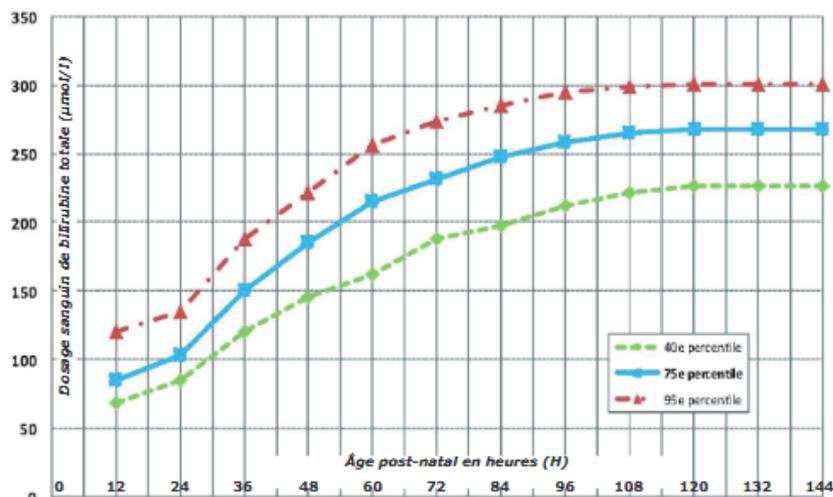
Étiquette patient

Enfant	Date N :	Heure N :	Terme :
	Poids :	Sexe :	Anticorps (éluion) :
	Groupe :	Coombs direct :	
Mère	Groupe :	RAI /Anticorps :	

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

<input type="checkbox"/> Age gestational <38 SA	<input type="checkbox"/> Ictère des premières 24h
<input type="checkbox"/> Situation incompatibilité ABO	<input type="checkbox"/> RAI mère positive
<input type="checkbox"/> ATCD ictère traité fratrie	<input type="checkbox"/> ATCD hémolyse familiale
<input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome	<input type="checkbox"/> Origine parents ou grands parents : Asie, Afrique, Antilles
<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif inefficace	<input type="checkbox"/> Perte pondérale de 8% ou plus

Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)
 Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né \geq 35 SA classées en percentile
 Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Date									
Heure									
Btc sternum									
Btc front									
Bilirubine totale sanguine									

Indication à prélever un dosage sanguin de bilirubine si Btc >250µmol/l et/ou si Btc \geq 75ème percentile

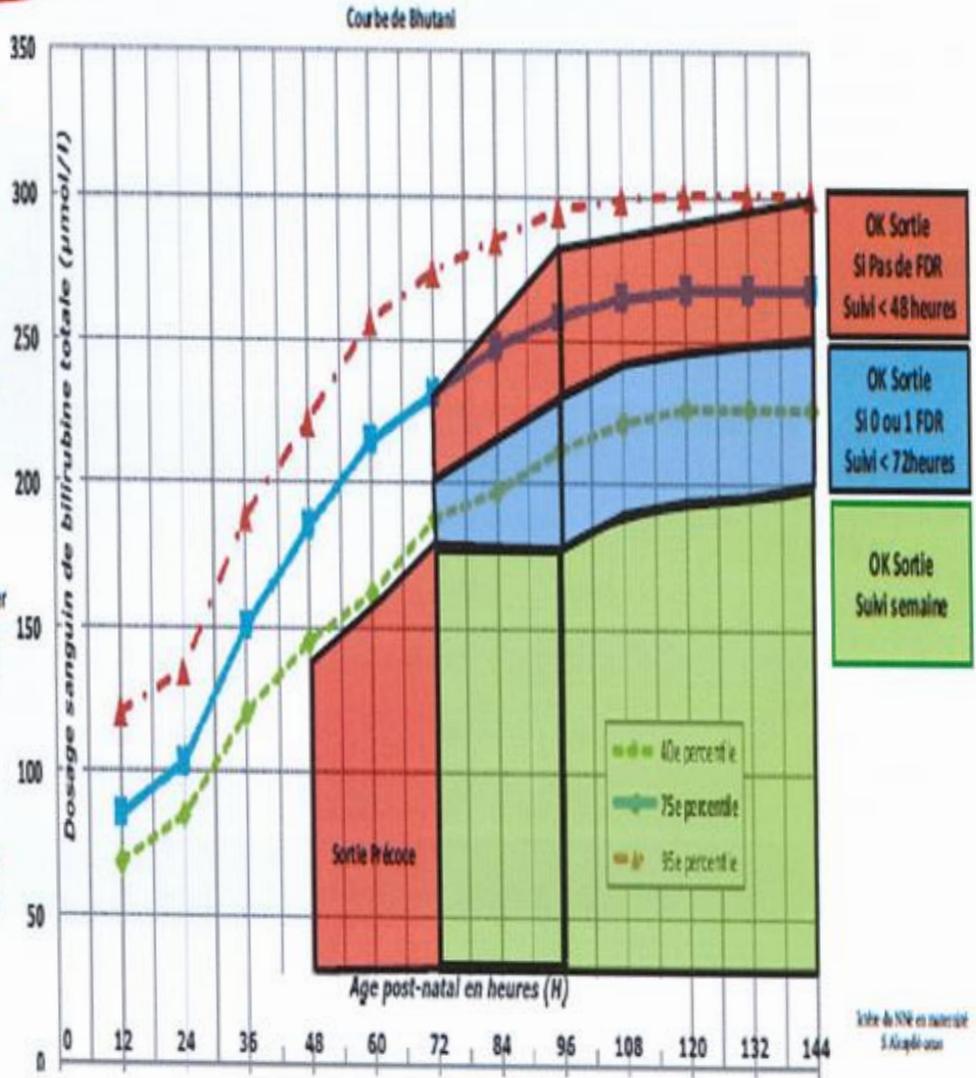
Validation de la sortie et suivi D'un nouveau-né ictérique

1. Evaluer les FDR
2. Evaluer l'intensité de l'ictère (Bhutani)
3. Evaluer la possibilité du suivi

Protocoles pédiatrie maternité C Assouline 2020

- 1. FDR**
d'hyperbilirubinémie sévère :

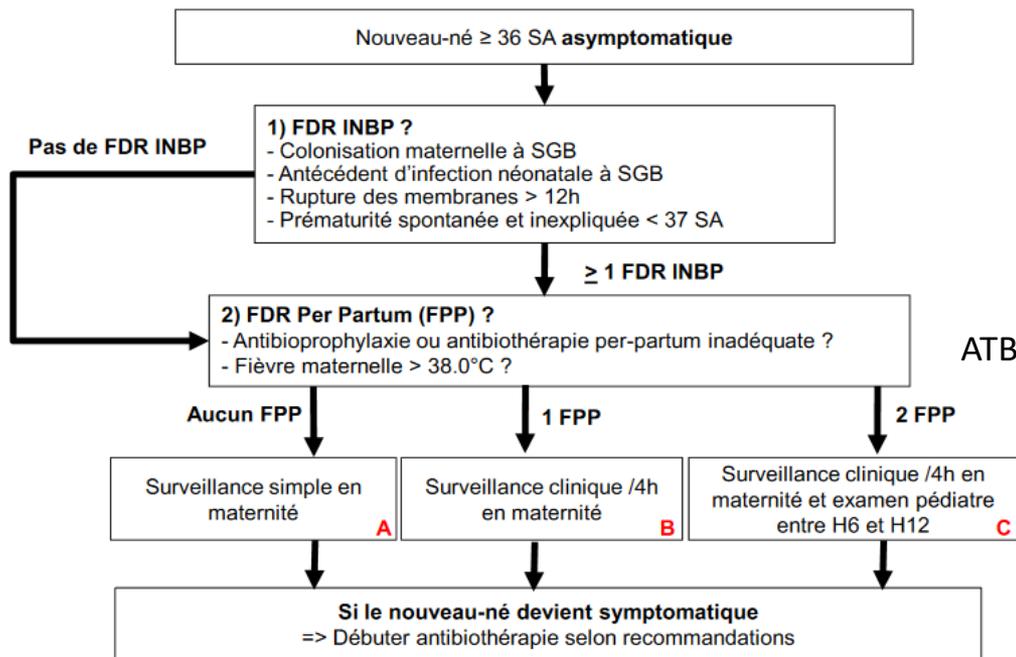
 - AG < 38SA
 - Incompatibilité ABO ou Rhésus
 - Perte de Poids > 8%
 - ATCD (Hémolyse familiale, ictère sévère dans la fratrie, origines à risque : Asie, Antilles, Afrique)
- 2. Courbe Bhutani**
Bill sanguin à prévoir si mesure bilirubine transcutanée > 75^µp
- 3. Suivi**
SF libérale ou Médedn libéral ou PDV (ictère sévère et incompatibilité ABO, Rh, et impossibilité de suivi en libéral)



Ictère
Dr Alcaide
PDV

Recommandation pour la pratique clinique

Indications de la surveillance clinique des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'INBP



= Pas de sortie avant 48h de vie

ATB IV > 4h avant naissance

Surveillance des nouveau-nés asymptomatiques des catégories A, B, et C < 36 SA (et ≥ 34 SA) :

- admission dans le niveau de soins adéquat (unité kangourou, néonatalogie)
- surveillance adaptée à leur prématurité et au niveau de risque d'INBP

Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (≥ 34 SA)

Version définitive - septembre 2017

Fiche de surveillance clinique des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'infection néonatale bactérienne précoce

Proposition de grille de surveillance clinique qui peut servir de référence à la mise en place de procédures de surveillance des nouveau-nés à risque d'INBP au sein de la maternité.

A remplir en suites de couches pour tout nouveau-né asymptomatique si :

- La mère a reçu une antibioprofylaxie per-partum inadéquate (incluant l'absence d'antibioprofylaxie alors qu'elle était indiquée).
- La mère était fébrile > 38°C et a reçu une antibiothérapie per-partum (quel que soit le délai avant la naissance).

Age (heures)	H4	H8	H12	H16	H20	H24	H30	H36	H42	H48
Date et heure										
Température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$										
Fréquence cardiaque > 160 (au calme) ou $< 80/\text{min}$										
Fréquence respiratoire $> 60/\text{min}$										
Signes de lutte respiratoire (tirage, geignement)										
Aspect de la peau anormal (pâleur, cyanose, marbrures, teint gris)										

Prévenir le pédiatre ou la sage-femme si une case d'anomalie est cochée ou tout signe clinique ou tout changement d'état inquiétant l'équipe soignante

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

Étiquette
patiente

**Durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures post-voie
basse ou entre 96 et 120 heures post-césarienne**

Étiquette
Nouveau-né

Accouchement le : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Durée du séjour : ____ heures

Évaluation réalisée le : ____ / ____ / ____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI / NON

Nouveau-né éligible OUI / NON

Nom et qualification du professionnel référent du suivi postnatal choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

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

Signature du professionnel de la maternité :

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce

Mère		Validation (cocher si oui)	Enfant		Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères		1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA , singleton et eutrophe	
2	Soutien familial et/ou social adéquat		2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée		3	Examen clinique normal* le jour de sortie	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu		4	Température axillaire entre 36 et 37° C ou centrale entre 36,5 et 37,5° C	
5	Absence d'hémorragie de la délivrance sévère***		5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection		6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance	
7	Absence de signes thromboemboliques		7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement)	
8	Douleur contrôlée		8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes		9	Vitamine K1 donnée	
10	Accord de la mère et/ou du couple		10	Dépistages néonataux prévus et leur traçabilité assurée	
Conclusion : femme éligible (oui/non)			11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie	
<p>* instabilité psychique, antécédents de dépression du <i>post-partum</i>, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc. ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc. *** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.</p>			Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

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

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

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

*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

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

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
4	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

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

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

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

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

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

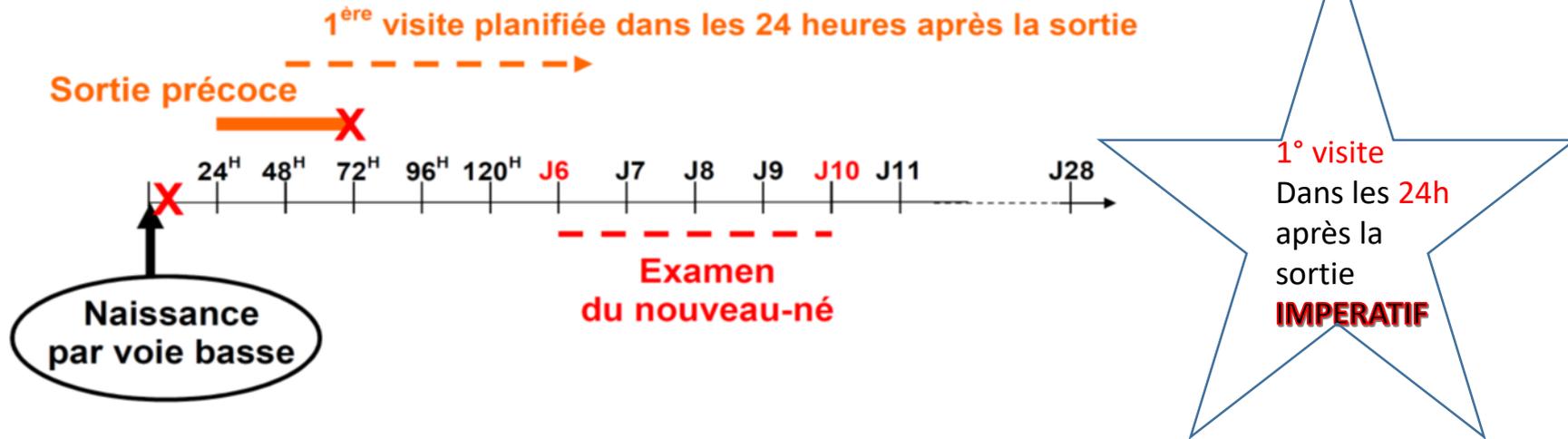
	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA , singleton et eutrophe
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
4	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées ; des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

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

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

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

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



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

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

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère : surveillance de la coloration <u>et mesure</u> de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence) Coloration <u>et si besoin</u> BTC ou BS si sortie standard
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
Comportement : tonus, éveil, contact
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

NB : les différences avec les paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

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

Étiquette
patiente

Sortie précoce de la maternité
(au cours des 72 premières heures après un accouchement
par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après
une césarienne)

Étiquette
nouveau-né

Accouchement le : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Durée du séjour : ____ heures

Évaluation réalisée le : ____ / ____ / ____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI / NON

Nouveau-né éligible OUI / NON

Nom et qualification du professionnel référent choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (**impérativement dans les 24 heures**): ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Signature du professionnel de la maternité :

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

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

GROSSESSE

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

ACCOUCHEMENT

le : / / à : h Terme :

Voie basse spontanée Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :

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

Points à surveiller :

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

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres (préciser) :

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

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

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

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

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

Alimentation : Sein pour nourrisson Mixte Préparation
 à faire (joindre buvard avec n°acct + enveloppe)

Dépistage de la surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

Alimentation Ictère Infection
 Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à

Accompagnement(s) proposé(s) :

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

Compte rendu du suivi en *post-partum* immédiat.

Ce document a été élaboré par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Son champ d'application cible toutes les femmes (cf. « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », juin 2013).

Compte-rendu du suivi en post-partum immédiat

A l'attention du service maternité

Mère	Nouveau-né	Professionnel de santé
Nom :	Nom :	Nom, prénom:
Prénom :	Prénom :	Fonction :
Date de naissance : / /	Date de naissance : / /	Tél :

Accompagnement du / / à J... au / / à J... Nombre de visites :.....

EVALUATION MEDICALE (date :)

	Mère	Nouveau-né
Examen clinique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller*	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller*
	Alimentation : <input type="checkbox"/> lait maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> préparation pour nourrisson Evolution : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> A soutenir*	Courbe pondérale satisfaisante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non*
	Fils / agrafes retirés le / / à J...	Guthrie fait le / / à J ... Par : Drépanocytose : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dépistage de la surdité : <input type="checkbox"/> fait par : <input type="checkbox"/> non fait
Prescriptions	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* :
Avis*	Auprès de : le / / Pour :	Auprès de : le / / Pour :
Réhospitalisation*	Etablissement / Service : le / / Pour :	Etablissement / Service : le / / Pour :

*Précisions utiles :

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

Entourage familial et social : oui non

Intervention d'un TISF : oui non

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

.....
 Professionnel « référent de maternité »

Difficultés particulières :
 Professionnel « référent de suivi »

avec leurs coordonnées

Au moins 2 visites systématiques (+/-3° recommandée)
dans les 24h suivant la sortie

RELAIS

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

Date : / /

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

Document d'information de l'HAS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf



Sortie de maternité

préparez

votre retour à la maison

Quelques questions à vous poser

►► **Pour vous aider à faire votre choix** entre une **sortie précoce** et un **séjour standard** en maternité, sous réserve que les conditions soient réunies (indications médicales) :

	OUI	NON
→ Dans quel environnement suis-je à même de me reposer :		
☞ À la maternité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☞ chez moi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Puis-je m'appuyer sur mon entourage pour organiser mon retour à domicile (repas, intendance, gestion de la fratrie...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ai-je identifié la sage-femme ou le médecin en charge de mon suivi et de celui de mon enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Pourrais-je avoir un rendez-vous dans les 24h suivant ma sortie si je choisis une sortie précoce ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Est-ce que le professionnel en charge de mon suivi et de celui de mon bébé se déplacera à mon domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Si ce n'est pas le cas, pourrais-je me déplacer jusqu'à son cabinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Les examens de dépistage habituellement réalisés en maternité pour mon enfant seront-ils possibles en cas de sortie précoce ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Ai-je identifié les professionnels que je pourrai appeler en cas de difficultés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



▶▶ Ne restez pas isolée

Parlez aux professionnels de santé qui vous entourent (sage-femme, médecin, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, pharmacien, kinésithérapeute, professionnels de PMI, etc.).

- En cas de tristesse, irritabilité, sentiment de culpabilité.
- En cas de perte d'urines à l'occasion d'un effort même minime.
- En cas de douleurs.
- Quelles que soient les difficultés que vous rencontrez.

▶▶ Demandez l'aide de votre entourage

Il est normal d'être fatiguée : **prenez soin de vous, ne restez pas isolée et ménagez-vous.**

▶▶ Quand consulter ?

→ **Appelez les urgences** (☎112 / ☎15 / ☎18) si :

- ☞ vous saignez beaucoup : le sang qui coule est très rouge, mouille complètement plusieurs maxi-serviettes hygiéniques en deux heures. Le saignement ne diminue pas.
- ☞ vous avez des difficultés à respirer ou vous ressentez une douleur à la poitrine.

→ **Appelez votre médecin** ou **votre sage-femme** si :

- ☞ vous avez de la fièvre (> 38°C).
- ☞ vos seins sont rouges et font mal. Vous avez l'impression d'avoir la grippe et vous pouvez avoir de la fièvre.
- ☞ vous constatez des changements au niveau de la cicatrice (périnéale ou de césarienne) : elle devient plus douloureuse, très rouge voire avec un écoulement.
- ☞ vos pertes vaginales sont malodorantes ou vos saignements vous inquiètent.
- ☞ vous avez mal lorsque vous urinez : sensation de brûlure en allant aux toilettes, ou difficultés à uriner.
- ☞ Vos jambes sont gonflées, rouges voire douloureuses.



▶▶ Ne restez pas isolée

Pendant le premier mois, les professionnels de la PMI, en plus de votre pédiatre ou de votre sage-femme, peuvent vous conseiller notamment :

- ☞ sur les soins, le bain, les massages, le portage,
- ☞ sur l'alimentation, les vitamines D et K,
- ☞ sur toutes autres interrogations.

▶▶ Demandez l'aide de votre entourage

Si vous ne supportez plus les pleurs de votre bébé, solliciter une personne présente pour prendre le relais. Sinon posez le bébé dans son berceau, surtout ne le secouez pas. Sollicitez un soutien auprès d'un professionnel de santé : sage-femme, médecin, puéricultrice ...

▶▶ Consultez rapidement, si votre bébé

- A de la fièvre (> 38°C) ou une température trop basse (< 36,5°C).
- Est gêné pour respirer.
- A de la diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) surtout si associées à des vomissements.
- N'a pas de selles depuis 48h au cours de la première semaine de vie.
- A une jaunisse associée à des difficultés d'alimentation (bébé endormi) ou à des selles très pâles ou blanches.
- A un comportement inhabituel : très agité, cris aigus ou au contraire peu réactif, cris faibles.

▶▶ Sa sécurité

- Couchez votre bébé uniquement sur le dos, seul dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « gigoteuse » ou « turbulette » adaptée à sa taille, sans couverture ni oreiller ni couette.
- Ne le couvrez pas trop. La température de la chambre doit être à 19°C.
- Ne laissez jamais votre bébé seul même quelques instants : dans son bain, sur la table à langer, sur un lit d'adulte, dans la voiture, à la garde d'un autre enfant, avec un animal même familier.
- Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.
- Ne fumez pas en présence de votre bébé.
- En voiture, attachez votre bébé avec un dispositif homologué adapté à son poids.

▶▶ Son carnet de santé

- Remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels et vous.
- Conservez-le dans le sac du bébé.
- Vous y trouverez de nombreux conseils importants.

Mes **rendez-vous** 

Si je sors « précocement » _____

▶▶ Mon 1^{er} rendez-vous de suivi dans les 24h après ma sortie de maternité :

◊ Le .. / .. / à .. h ..

◊ Nom du professionnel : _____ ◊ N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

à domicile à la PMI au cabinet, adresse : _____

▶▶ Mon 2^e rendez-vous de suivi ◊ Le ... / ... / à .. h ..

▶▶ Mon 3^e rendez-vous de suivi ◊ Le ... / ... / à .. h ..

▶▶ Mon rendez-vous chez le pédiatre³ entre J6 et J10 :

◊ Le ... / ... / ... à .. h ..

◊ Nom du pédiatre : _____ ◊ N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

◊ Adresse : _____

▶▶ Ma consultation post-natale entre 6 et 8 semaines après mon accouchement :

◊ Le ... / ... / ... à .. h ..

◊ Nom du professionnel⁴ : _____ ◊ N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

◊ Adresse : _____

3. ou médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né

4. Sage-femme ou médecin

Ce dont je peux bénéficier

▶▶ **Un entretien post-natal** : proposé préférentiellement entre J8 et J15, il est réalisé actuellement avec une sage-femme en deux séances remboursées, pour aborder mon vécu de l'accouchement et m'apporter un soutien durant les premières semaines à la maison.

▶▶ **Des visites supplémentaires** : selon mes besoins et l'appréciation du professionnel en charge du suivi



▶▶ Si vous choisissez d'allaiter, un contact possible pour un **soutien à l'allaitement maternel** par un professionnel (sage-femme, médecin, puéricultrice, consultants en lactation, associations d'allaitement).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf