Mises au point interactives

Sortie précoce de maternité : comment s'adapter ?



→ C. CASPER, H. LOPEZ, C. ASSOULINE
Néonatologie Hôpital des Enfants-Maternité Paule-de-Viguier, CHU TOULOUSE.

Historique

Dans les années 1990, sous la pression des assurances médicales, on observe aux États-Unis des sorties de maternité précoces sans organisation du suivi et avec des conséquences médicales mal connues. Face à ce phénomène, *Newborns' and Mothers' Health Protection Act* (Maryland 1995) impose aux compagnies d'assurances au minimum 48 heures de séjour après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne. Ces mesures s'étendent à l'ensemble des États américains. En 2010, des recommandations sont émises par l'Académie américaine de Pédiatrie, avec la notion de durée de séjour "optimale", c'est-à-dire suffisamment longue pour permettre le dépistage de complications précoces et l'identification de facteurs de risques maternels et néonataux.

Ces événements inquiétants ont beaucoup marqué la France et incité à une grande prudence face aux sorties précoces de maternité. Alors que les durées de séjour de maternité diminuent, seuls 2 % des accouchements font l'objet d'une sortie précoce en 2010 (ENP).

Nouvelle définition de l'HAS

Suite aux recommandations de 2004, la Haute Autorité de santé (HAS) publie, en février 2014, une définition de la sortie de maternité optimale. Les objectifs sont de :
– définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans le contexte du bas risque ;
– prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du *post-partum* ;
– diminuer le risque de situations évitables graves.

Une sortie précoce y est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse (< J2) et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne (< J3). Il n'y a pas de borne basse.

Les conditions générales pour une sortie précoce nécessitent un réel souhait de la mère ou du couple, une bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, une organisation d'un circuit pour les tests de dépistages néonataux qui a fait la preuve de son efficacité et une utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux. Ainsi, une information anténatale au couple est nécessaire durant le 3e trimestre, l'état de santé de la mère et de son enfant doivent être évalués durant le séjour en maternité, un accompagnement adapté anticipé doit être organisé à la sortie de maternité avec une notion de "référent de maternité" et "référent de suivi". Le référent de suivi peut être une sage-femme, une infirmière ou un médecin. En cas de sortie précoce, un examen pédiatrique médical doit être renouvelé entre le 6e et le 10e jour de vie.

Les difficultés de la sortie précoce

Ces recommandations se heurtent toutefois à des difficultés d'organisation. La préparation de la sortie de maternité doit être accélérée et efficace, alors que les soignants sont souvent en nombre insuffisant. Il n'y a pas de quotas de personnel en secteur de "suite de couche". De plus, le rôle de chaque intervenant extérieur n'est pas clairement défini (PMI, sages-femmes, médecins).

Le relais à la sortie de maternité doit tenir compte des organisations locales,

mais supprime la possibilité d'utilisation d'une hospitalisation à domicile (HAD) en cas de sortie précoce. De plus, la place du PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés) dans cette organisation reste à clarifier. En effet, les agents de la sécurité sociale ont une présence limitée dans les maternités (heures de bureau) et ne peuvent faire aucune transmission sur l'état de santé de la mère ou de l'enfant lors de leur appel à une sage-femme libérale pour prise de rendez-vous et relais.

Enfin, la réhospitalisation reste toujours possible en cas de sortie précoce, mais ce circuit retour n'a pas été anticipé. Il paraît cependant indispensable d'éviter la présence de nouveau-nés aux urgences pédiatriques.

L'approche scandinave

Dans les années 1980, un débat sur l'organisation du *post-partum* est lancé avec les travaux de d'Ulla Waldenström, sage-femme soutenant une thèse de sciences en Suède. Ses travaux portent sur l'intérêt de la sortie précoce. En particulier, elle montre les avantages d'un retour rapide au domicile avec une meilleure participation du père, une prise en charge individualisée dans un environnement familier et la mise en place de soins centrés sur la famille. En 1991, une enquête nationale est réalisée sur le retentissement des sorties précoces et évalue le taux de réhospitalisation des nouveau-nés à 2 %. La durée moyenne de séjour en maternité est passée de 6 jours dans les années 1970 à 2 jours dans les années 2010 pour une voie basse et de 9 jours à 3 jours après une césarienne. Des recommandations nationales sont émises en 1993 et sont en cours d'actualisation. Elles spécifient les conditions suivantes :

– une information en anténatal avec un un choix éclairé des parents ;
– des protocoles de prise en charge écrits, diffusés et connus de tous (> 6 h et < 72 h) ;
– un réseau de suivi flexible et efficace de la mère et l'enfant à la sortie de maternité ;
– une formation et un niveau de connaissances suffisants de l'ensemble des professionnels à la maternité et pour le suivi ;
– un suivi après la sortie coordonné par la maternité. En cas de réhospitalisation de l'enfant, la maternité est responsable jusqu'à 8 jours après l'accouchement ;
– un bon état de santé de la mère et l'enfant avec de bonnes compétences de tétées de l'enfant ;
– une évaluation du domicile ;
– un examen pédiatrique avant la sortie ;
– un prélèvement du Guthrie entre J3 et J5 sous la responsabilité de la maternité.

Ces conditions sont appliquées avec des organisations différentes selon les régions. En Laponie, il y a par exemple des systèmes de télémédecine de liaisons entre le domicile et la maternité après une sortie, les familles pouvant habiter à plus de 200 km. À Stockholm, les maternités organisent des systèmes de consultations de sage-femme et des consultations spécialisées sur l'allaitement, sous couvert d'une présence pédiatrique, afin de permettre un suivi flexible et efficace.

Conclusion

Il y a des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. La sortie précoce est possible s'il y a une anticipation et une organisation adaptées. Il faut toujours s'assurer du libre choix des parents, vérifier les critères de sortie précoce, organiser le suivi et anticiper une éventuelle réhospitalisation, avec pour objectif d'éviter de passer par les urgences.

Pour en savoir plus

1. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics*, 2010; 125:405-409.
2. Waldenström U. Early discharge after hospital birth. Medical dissertation no.79, 1987 Uppsala University, Uppsala. Sweden.
3. Haute Autorité de santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, mars 2014.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.