



HAL
open science

L'organisation des soins à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement : revue de la littérature sur les recommandations et articles définissant les pratiques en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède durant les douze dernières années, état des lieux des pratiques

Eléa Moreteau

► **To cite this version:**

Eléa Moreteau. L'organisation des soins à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement : revue de la littérature sur les recommandations et articles définissant les pratiques en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède durant les douze dernières années, état des lieux des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870422

HAL Id: hal-03870422

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870422>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de Sages-femmes
du CHR Metz – Thionville

L'organisation des soins à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement

Revue de la littérature sur les recommandations et articles définissant les pratiques en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède durant les douze dernières années, état des lieux des pratiques

Mémoire présenté et soutenu par

MORETAU Eléa

Directeur de mémoire : Mme CLUZET Marie

Sage-femme hospitalière

Promotion 2014 - 2018

Université de Lorraine
Ecole de Sages-femmes
du CHR Metz – Thionville

L'organisation des soins à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement

Revue de la littérature sur les recommandations et articles définissant les pratiques en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède durant les douze dernières années, état des lieux des pratiques

Mémoire présenté et soutenu par

MORETAU Eléa

Directeur de mémoire : Mme CLUZET Marie

Sage-femme hospitalière

Promotion 2014 - 2018

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Mme Marie CLUZET, sage-femme à l'hôpital de Mercy à Peltre. En tant que Directrice de mémoire, elle m'a guidée dans mon travail et m'a permis d'arriver au bout de ce travail de recherche ainsi que de sa rédaction.

Je remercie aussi Mme Christel JEAN, sage-femme libérale, experte de mon mémoire, pour sa patience et sa compréhension.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de mon école de sage-femme, qui m'a accompagnée tout au long de mes années d'études.

Je remercie également mes proches, pour tout le soutien qu'ils m'ont apporté durant la totalité de la rédaction de ce mémoire, et tout particulièrement ceux qui ont accepté de le relire afin de m'aider à le corriger.

Je remercie ma meilleure amie, sans qui je n'aurais pu accéder à la majorité des articles qui ont été inclus dans ma recherche.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
2	DEFINITIONS ET CONTEXTUALISATION	2
2.1	DEFINITIONS	2
2.1.1	QU'EST-CE QU'UNE SORTIE PRECOCE ?	2
2.1.2	LES CRITERES DE SORTIE PRECOCE	2
2.1.2.1	Pour la mère	2
2.1.2.2	Pour l'enfant.....	3
2.1.2.3	L'organisation du réseau de soin	3
2.1.3	QU'EST-CE QU'UNE SORTIE ULTRA-PRECOCE ?	3
2.1.3.1	En France	3
2.1.3.2	En Europe	4
2.2	CONTEXTUALISATION	4
2.2.1	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	4
2.2.2	LE SOUHAIT DES PATIENTES.....	5
2.2.3	LE RESSENTI SUR L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE.....	8
2.2.4	L'AVIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE FRANÇAIS	8
3	PRESENTATION DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	10
3.1	PRESENTATION DE L'ETUDE	10
3.1.1	PROBLEMATIQUE	10
3.1.2	OBJECTIFS.....	10
3.1.2.1	Bénéfices attendus.....	10
3.1.2.2	Objectif principal	10
3.1.2.3	Objectifs secondaires	10
3.1.3	HYPOTHESES	11
3.2	METHODOLOGIE	11
3.2.1	TYPE ET LIEU DE L'ETUDE	11
3.2.2	CRITERES D'INCLUSION, DE NON-INCLUSION ET D'EXCLUSION DE LA POPULATION	11
3.2.2.1	Critères d'inclusion.....	11
3.2.2.2	Critères de non-inclusion	11
3.2.2.3	Critères d'exclusion	11
3.2.3	GESTION DES DONNEES ET MINIMISATION DES BIAIS.....	12
3.2.3.1	Gestion des données.....	12
3.2.3.2	Minimisation des biais.....	12
3.3	RESULTATS	12

3.3.1	AUX PAYS-BAS	12
3.3.1.1	Durée de séjour et sortie de maternité.....	12
3.3.1.2	Accompagnement à domicile par les sages-femmes	12
3.3.1.3	Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé.....	13
3.3.2	AU ROYAUME-UNI.....	13
3.3.2.1	Durée de séjour et sortie de maternité.....	13
3.3.2.2	Accompagnement à domicile par les sages-femmes	13
3.3.2.3	Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé	14
3.3.3	EN SUEDE.....	14
3.3.3.1	Durée de séjour et sortie de maternité.....	14
3.3.3.2	Accompagnement à domicile par les sages-femmes	15
3.3.3.3	Accompagnement par d'autres professionnels de santé	16
3.3.4	EN FRANCE	16
3.3.4.1	Durée de séjour et sortie de maternité.....	16
3.3.4.2	Accompagnement à domicile par les sages-femmes	17
3.3.4.3	Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé.....	17
4	<u>DISCUSSION</u>	19
4.1	AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES PRISES EN CHARGE DES PAYS ETUDIES ET DES SORTIES ULTRA-PRECOCES	19
4.1.1	LES AVANTAGES	19
4.1.2	LES INCONVENIENTS	20
4.2	LA SITUATION EN FRANCE	21
4.2.1	ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE DES SORTIES PRECOCES	21
4.2.2	L'ADAPTABILITE DES PRISES EN CHARGE EUROPEENNES A LA FRANCE.....	22
4.3	POTENTIELLES STRUCTURES A DEVELOPPER	22
4.3.1	L'HAD	22
4.3.2	LA PMI	23
4.3.3	L'INFORMATIQUE.....	24
4.3.3.1	Le téléphone et la vidéoconférence.....	24
4.3.3.2	Plateforme de chat ou forum.....	25
4.4	FREINS A LA MISE EN PLACE DES SORTIES ULTRA-PRECOCES EN FRANCE	26
4.4.1	POINT DE VUE ECONOMIQUE	26
4.4.2	POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS.....	27
5	<u>CONCLUSION</u>	29
6	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	30
7	<u>ANNEXES</u>	32

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Nombre de sages-femmes et nombre de naissances dans les quatre pays étudiés : France, Pays-Bas, Suède et Royaume Uni. Institut national d'études démographiques, 2016.....	4
---	---

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Durées de séjour différenciées en fonction de la parité et du mode d'accouchement :
étude CIANE - novembre 2012 – France.....6
- Figure 2 : Appréciation de la durée de séjour (« trop longue », « trop courte » et « comme il
faut ») pour les primipares, multipares et patientes ayant accouché par césarienne :
étude CIANE - novembre 2012 – France.....6

LISTE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u> :	Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile.....	32
<u>Annexe 2</u> :	Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile.....	33
<u>Annexe 3</u> :	Proposition de protocole de prise en charge à domicile des patientes sorties ultra-précocement.....	34

SIGLAIRE

HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRADO	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
PMI	Protection Maternelle et Infantile
HAD	Hospitalisation à Domicile
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNSF	Collège National des Sages-Femmes
PVMG	Postnatal Visiting Midwives Group

1 INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le domaine de l'obstétrique et notamment de l'accouchement, a été en perpétuelle évolution, marqué par un désir de revenir à la physiologie de la part des couples et en particulier des patientes. Ce désir est notamment marqué par les nouvelles recommandations pour l'accouchement normal de l'HAS de décembre 2017, dans lesquelles sont bousculées toutes les pratiques actuelles, vers un retour à une médicalisation du travail et de l'accouchement moins importante. Ainsi, ce désir s'est retranscrit également dans un besoin des familles de retourner à domicile le plus tôt possible.

En France, on observe une diminution du temps de séjour après l'accouchement, qui tend progressivement vers un retour à domicile de plus en plus rapide, quand en Suède, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, il n'est pas rare que les patientes sortent de la maternité le jour même de leur accouchement. L'enjeu en France est donc d'une part, de respecter les choix et besoins des patientes et de les positionner au cœur de leur grossesse, accouchement et post-partum, et d'autre part, de diminuer la quantité et donc le coût des soins médicaux hospitaliers réalisés aux patientes et à leur nouveau-né. Ainsi, les services de maternité peuvent être amenés à s'adapter à cette demande, ce qui engendrerait des adaptations organisationnelles drastiques, mais néanmoins réalisables.

Une question se pose alors : comment pouvons-nous adapter les pratiques européennes dans l'organisation de soins à domicile dans les sorties ultra-précoces, six à vingt-quatre heures après l'accouchement, pour améliorer les pratiques françaises, tout en garantissant un état de santé optimal de la mère et de l'enfant, en respectant le souhait des couples et en accord avec les services médicaux déjà proposés en France ?

Pour répondre à cette problématique, j'ai réalisé une revue de la littérature, afin de faire dans un premier temps, l'état des lieux des pratiques françaises, mais également hollandaises, anglaises et suédoises, puis dans un deuxième temps, de présenter diverses propositions afin de pouvoir rendre les sorties ultra-précoces réalisables en France.

2 DEFINITIONS ET CONTEXTUALISATION

2.1 DEFINITIONS

2.1.1 Qu'est-ce qu'une sortie précoce ?

L'HAS définit les durées de séjour en maternité standards comme étant de soixante-douze à quatre-vingt-seize heures suite à un accouchement par voie basse et de quatre-vingt-seize à cent-vingt heures suite à un accouchement par césarienne. Une sortie est définie comme précoce, quand elle s'effectue avant soixante-douze heures après un accouchement par voie basse et quatre-vingt-seize heures pour un accouchement par césarienne. [1] Ces sorties sont autorisées au couple mère-enfant selon des critères stricts, en fonction de leur état de santé.

2.1.2 Les critères de sortie précoce

Tous les risques d'altération de l'état de santé de la mère ou de l'enfant doivent être contrôlés. En effet, selon l'OMS, la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [2]. Les critères permettant à la mère et l'enfant d'être éligibles à une sortie précoce sont donc élaborés en accord avec cette définition, on parle alors de patientes et nouveau-nés à bas risque de complications post-partum.

2.1.2.1 Pour la mère

Ces sorties précoces sont proposées aux patientes et leur enfant ayant un parcours physiologique, et qui répondent à un certain nombre de critères. Dans un premier temps, le souhait de la mère ou du couple est primordial, car les parents de l'enfant sont les premiers acteurs de leur parcours de soin et doivent pouvoir prendre la décision libre et éclairée de rentrer à leur domicile plus rapidement que dans le cadre des sorties classiques après l'accouchement. Ensuite, les conditions sociales et environnementales de leur foyer doivent être adaptées à la venue d'un enfant, dans une logique d'accueillir celui-ci dans un environnement où il sera en sécurité d'un point de vue économique. L'environnement de vie de l'enfant doit également être sain, la mère doit être stable dans la gestion de ses addictions, ne pas présenter d'instabilité psychiatrique et/ou psychologique et ne doit pas être isolée et livrée à elle-même dans l'éducation de son enfant.

Les trois principaux risques qui peuvent générer des complications sont :

- Le risque hémorragique, plus marqué les premiers jours après l'accouchement
- Le risque thrombo-embolique dont la gestion comporte à la fois une part de prévention (par le port des bas de contention veineuse par exemple) et une part de surveillance clinique (par la surveillance du ballonnement symétrique des mollets)
- Le risque infectieux, dont le diagnostic est basé sur des critères médicaux, comme la température corporelle ou l'augmentation de marqueurs sanguins tels que la protéine C réactive.

Ces risques sont contrôlés quotidiennement par les sages-femmes à la maternité et le suivi doit donc être relayé à domicile après la sortie de la famille. Pour la mère également, le soutien de l'alimentation est essentiel. Pour l'alimentation artificielle du nouveau-né, il faut s'assurer que la mère soit en mesure de préparer les biberons et de les donner aux moments propices. Dans le cadre de l'allaitement maternel, les mères ont besoin d'être rassurées, encouragées, confortées dans leurs acquis et guidées dans la poursuite de leur projet d'allaitement. Le rôle des professionnels de santé est fondamental pour renforcer leur confiance en elles et ancrer l'allaitement dans la durée [3].

2.1.2.2 Pour l'enfant

A l'instar de sa mère, l'absence de risques de complications pour l'enfant fait partie des critères de sortie précoce et notamment à travers l'observation de l'adaptation à la vie extra-utérine par les professionnels de santé qualifiés. Chaque jour, les professionnels de santé surveillent le poids, dont la diminution physiologique ne doit pas excéder 8% et la reprise de poids ou stabilisation de la courbe de poids doit être observée avant la sortie précoce. La bonne mise en place de l'alimentation est également évaluée par le suivi du transit. L'enfant ne doit pas présenter d'ictère et doit avoir un examen neuro-morphologique normal. De plus, la réalisation à domicile du test de dépistage des maladies métaboliques du nouveau-né doit être organisée avec la sage-femme libérale [3].

Ces critères sont détaillés dans les Recommandations de Bonne Pratique de l'HAS. Les deux tableaux en annexe développent les critères à respecter pour une sortie précoce. Pour le premier il s'agit du point de vue de la mère, et le second du point de vue du nouveau-né. [Annexe 1 ; Annexe 2].

2.1.2.3 L'organisation du réseau de soin

Tous les éléments de cette surveillance ne peuvent être possibles sans l'organisation du réseau de santé autour de la famille retournant à domicile, comprenant généralement un cabinet de sages-femmes libérales contacté par le système du PRADO [4], par le professionnel de santé hospitalier ou directement par la patiente et un pédiatre ou un médecin traitant prenant en charge la mère et l'enfant rapidement après la sortie. La PMI fait également partie des acteurs du retour à domicile en toute sécurité, en mettant à disposition des patientes, divers professionnels de santé : sages-femmes, pédiatres, et puéricultrices le plus couramment, mais également des infirmiers, auxiliaires de puériculture, conseillers conjugaux, psychologues et éducateurs de jeunes enfants [5]. Dans certains cas, il est possible de faire appel à l'HAD, dans le cadre de laquelle une sage-femme passe à domicile tous les jours voir la patiente et son bébé pour poursuivre le suivi débuté au sein de la maternité [6].

2.1.3 Qu'est-ce qu'une sortie ultra-précoce ?

2.1.3.1 En France

Les sorties ultra-précoces sont définies comme un retour à domicile du couple mère-enfant dans les premières vingt-quatre heures après l'accouchement, et à compter de six heures de

surveillance après l'accouchement. On retrouve également le terme d'accouchement ambulatoire, pour lequel les patientes bénéficieraient d'une hospitalisation de courte durée. Cette pratique n'étant pas courante en France, aucune mention n'en est faite dans les recommandations actuelles du CNGOF, du CNSF ou de l'HAS. Cependant, grâce aux maisons de naissances, l'HAS introduit dans l'élaboration de son cahier des charges, le terme de « sortie très précoce » quand celle-ci est réalisée moins de vingt-quatre heures après l'accouchement. Dans ce cas de figure, la grossesse, l'accouchement et le post-partum doivent être entièrement physiologiques [7].

2.1.3.2 En Europe

Dans les trois autres pays d'Europe étudiés, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni, on parle d'« early discharge », ce qui signifie littéralement « décharge précoce » de l'hôpital, ce qui donne « sortie précoce » en français. Dans ce cas, les sorties s'effectuent le jour de l'accouchement ou le lendemain, en fonction du contexte médico-psychologique et des souhaits des patientes.

2.2 CONTEXTUALISATION

2.2.1 Données épidémiologiques

Le nombre de naissances par sage-femme varie drastiquement d'un pays à l'autre, qui se voit doubler ou tripler comme par exemple entre la France et la Suède [Figure 1]. Ainsi, la prise en charge est différente, étant donné les inégalités de répartition des professionnels de santé dans les pays européens. [8,9]

Tableau 1 : Nombre de sages-femmes et nombre de naissances dans les quatre pays étudiés : France, Pays-Bas, Suède et Royaume Uni. Institut national d'études démographiques, 2016.

PAYS	NOMBRE DE SAGES-FEMMES EN 2016	NOMBRE DE NAISSANCES EN 2016
FRANCE	21 468	785 745
ROYAUME-UNI	31 317	774 841
SUEDE	7 195	117 425
PAYS-BAS	3 150	172 520

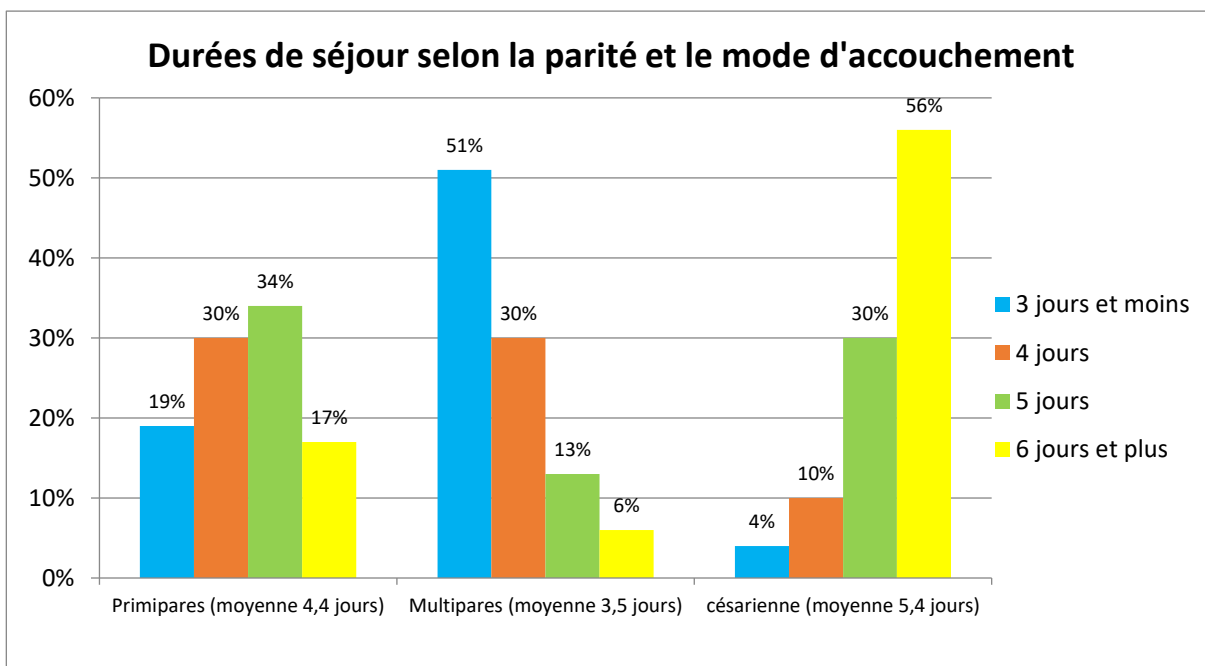
Ainsi en 2016, en France, on peut constater que le nombre de naissances par sage-femme (hospitalière et libérale confondues) est de 36,6 environ, au Royaume-Uni, de 24,7 naissances environ par sage-femme, en Suède, de 16,3 naissances environ par sage-femme, et aux Pays-Bas, de 54,7 naissances environ par sage-femme. Les disparités sont grandes, ce qui montre que l'organisation du pays diffère beaucoup d'un pays à l'autre. Cependant, les sorties ultra-précoces existent déjà au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas, et sont possibles indépendamment du nombre de naissances par sage-femme.

2.2.2 Le souhait des patientes

Le retour à la physiologie de l'accouchement est un souhait de plus en plus présent au sein de nos maternités françaises. En effet, une étude a été menée et publiée en novembre 2012, l'étude CIANE [10], qui est une enquête menée après 5417 naissances en France. Cette analyse a mis en évidence que 38% des femmes interrogées auraient souhaité rentrer à domicile plus tôt que le séjour qu'elles ont effectué à la maternité, tel que décrit dans la définition des sorties standards ou précoces. Ce souhait est donc important, et traduit que toute femme devrait pouvoir exprimer le souhait de rentrer plus rapidement à son domicile. Ainsi, les professionnels de santé pourraient recueillir les souhaits des patientes et établir un programme personnalisé pour chacune d'entre elles, en collaboration avec le service et son personnel et le couple ou la mère seule.

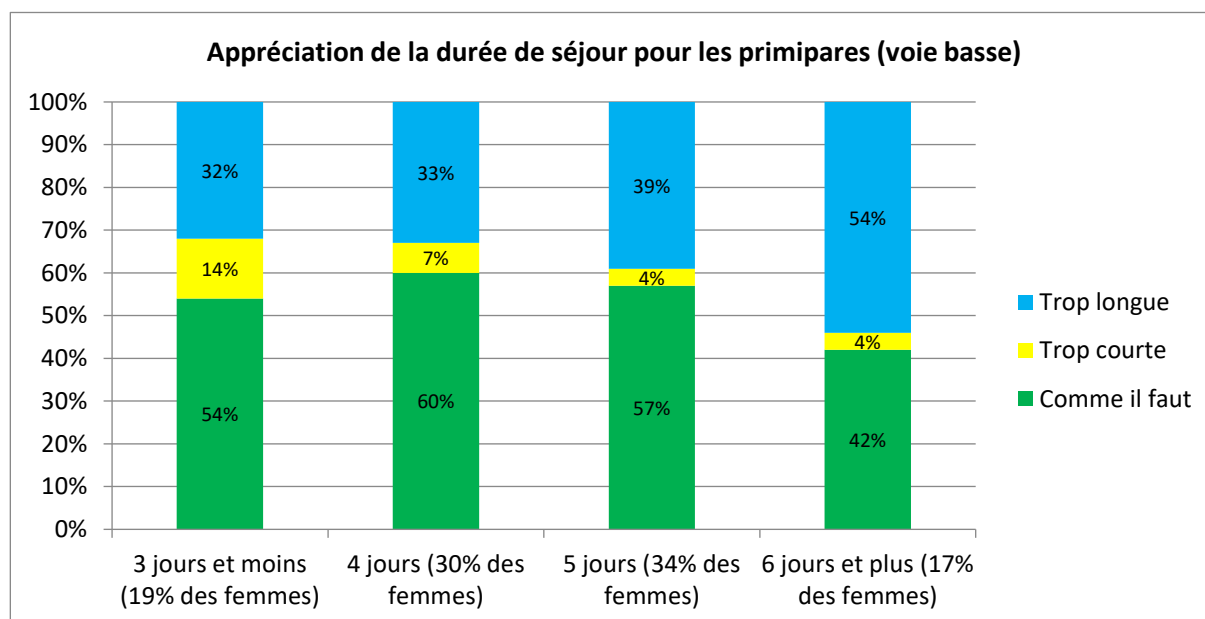
La figure ci-dessous établit la proportion de patientes dont la durée de séjour a été de trois jours ou moins, quatre jours, cinq jours ou six jours ou plus pour trois catégories de patientes, des patientes primipares, des patientes multipares, et des patientes ayant accouché par césarienne. On peut observer que les séjours les plus longs sont vécus par une majorité de patientes ayant accouché par césarienne, puis par les patientes primipares et enfin les patientes multipares.

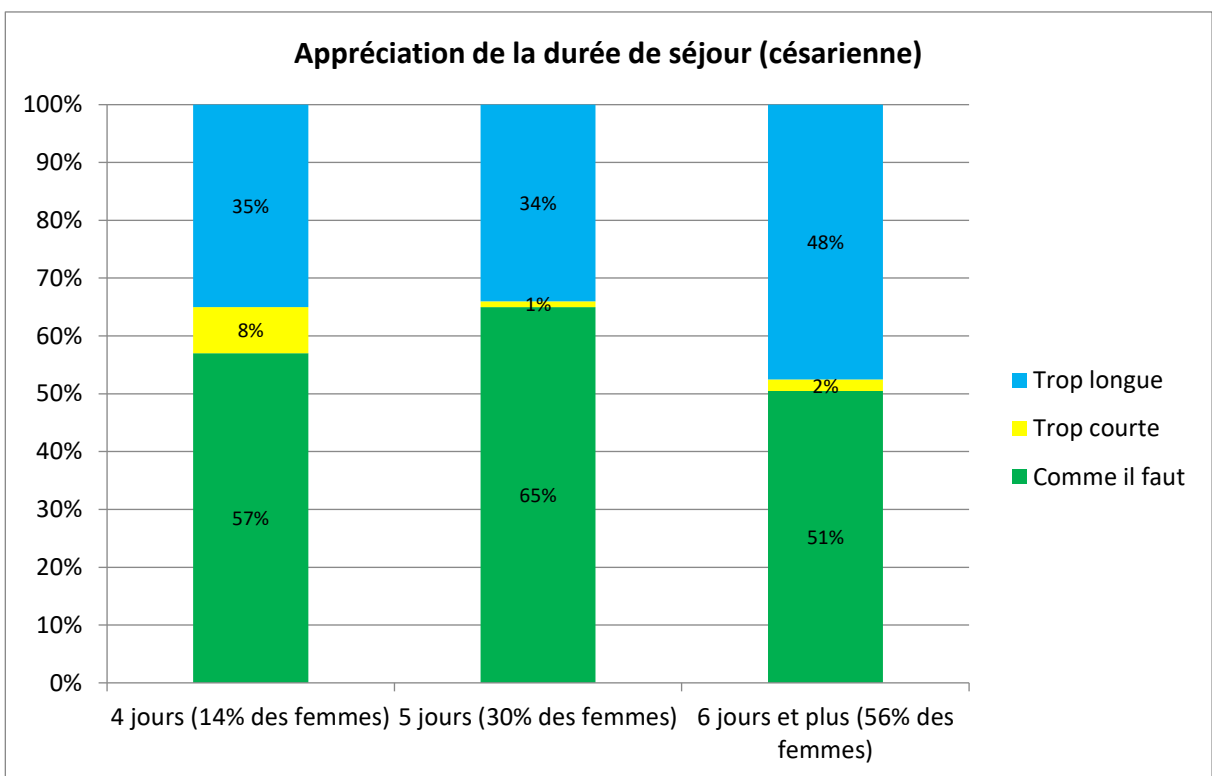
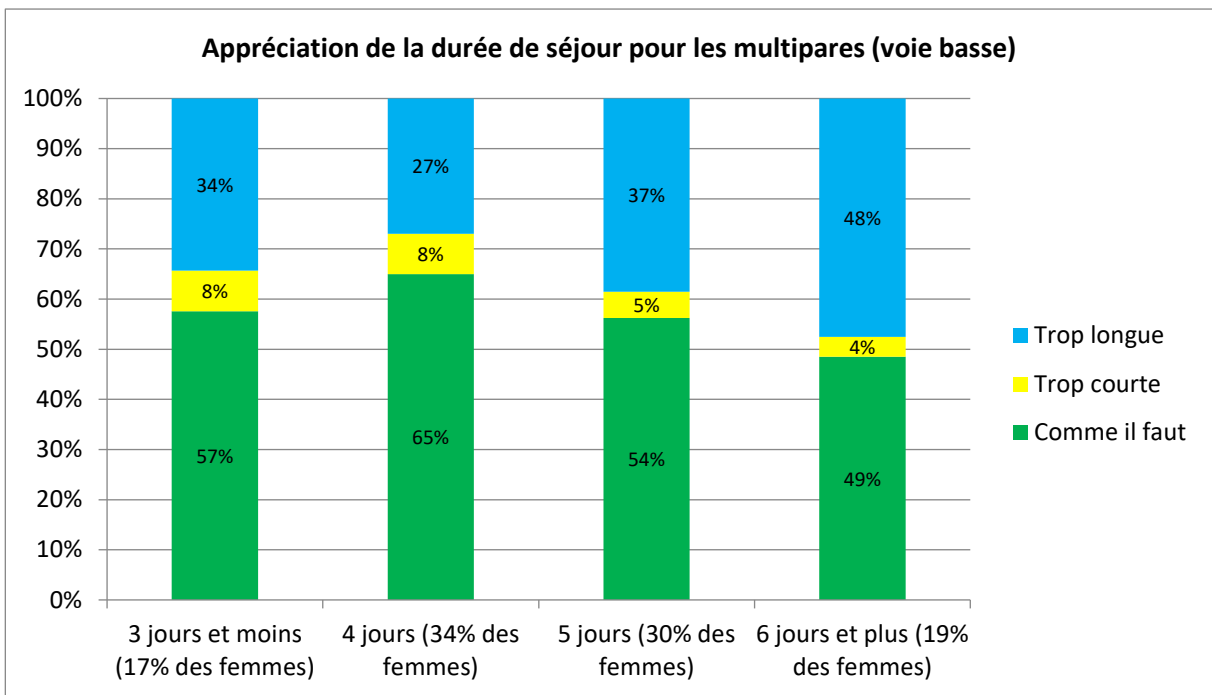
Figure 1 : Durées de séjour différenciées en fonction de la parité et du mode d'accouchement : étude CIANE - novembre 2012 – France.



En rapport avec ce premier graphique, nous retrouvons une série de trois graphiques montrant en pourcentage, la proportion de femmes exprimant un séjour en maternité « trop long », « trop court » ou « comme il faut ».

Figure 2 : Appréciation de la durée de séjour (« trop longue », « trop courte » et « comme il faut ») pour les primipares, multipares et patientes ayant accouché par césarienne :CIANE, novembre 2012, France.





Ces graphiques mettent en évidence une proportion non négligeable de patientes jugeant leur séjour comme « trop long », même dans le cadre des séjours les plus courts : 32% des patientes primipares jugent qu'un séjour de trois jours est « trop long », 34% des patientes multipares jugent qu'un séjour de deux jours est « trop long », et 35% des patientes ayant accouché par césarienne pensent

qu'un séjour de quatre jours est « trop long ». Ceci illustre bien le souhait de certaines patientes de rentrer à domicile plus rapidement, et la pertinence de créer des séjours personnalisés en fonction des besoins et envies de celles-ci, afin qu'elles restent actrices de leur accouchement ainsi que de son suivi médical.

2.2.3 Le ressenti sur l'accompagnement à domicile

L'étude CIANE a également mis en évidence qu'une femme primipare sur six et une femme qui a accouché par césarienne sur quatre, a exprimé des angoisses les premiers jours après le retour à domicile. Elles ont manifesté un besoin d'un soutien physique et psychologique plus important que celui dont elles ont bénéficié ainsi qu'un apprentissage plus conséquent des soins à réaliser à leur enfant et une aide supplémentaire pour l'allaitement maternel. En effet, 20% des femmes jugent que l'attention à leur forme physique et 54% à leur forme psychologique était insuffisante. De la même façon, 43% des patientes pensent que l'accompagnement pour les soins de leur bébé et 53% pour l'accompagnement dans l'allaitement maternel ou artificiel étaient insuffisants également.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte sur le mal-être des patientes retournant à domicile en plus de l'accompagnement à domicile en lui-même : la parité, le mode d'accouchement, le vécu de l'accouchement... Ces facteurs peuvent augmenter la sensation d'être désemparée que certaines patientes peuvent ressentir. Cependant, en tant que professionnels de santé, nous pouvons agir principalement sur la qualité et la fréquence des visites dans le cadre de l'accompagnement à domicile, en les renforçant aux souhaits de la patiente, ou en proposant des services différents, adaptés à ses besoins comme un suivi psychologique si elle en ressent le besoin, des professionnels qualifiés au soutien de l'allaitement maternel ou encore des professionnels de santé et notamment des sages-femmes réalisant des visites à domicile plus régulières pour un suivi global médical et psychologique plus poussé. [10]

2.2.4 L'avis des professionnels de santé français

D'après la thèse d'Orphyre Fostier, doctorante en médecine, qui a travaillé sur le vécu des professionnels de santé libéraux dans les sorties précoces des nouveau-nés dans le Nord-Pas-de-Calais, on retrouve plusieurs témoignages de professionnels de santé exprimant des dysfonctionnements dans les programmes de sorties précoces de la maternité [11] :

- Une sage-femme libérale : « *La prise en charge n'est pas forcément uniformisée entre les maternités...On arrive quelque fois à la maison avec rien.* »
- Une sage-femme libérale : « *Et en fait ils ont pris l'habitude de travailler avec nous et ils laissent parfois sortir des situations un petit peu limite sur des reprises de poids ...donc ce qu'on n'avait pas forcément au tout début, lorsque les sorties précoces se sont mises en place.* »
- Une sage-femme libérale : « *La difficulté aussi c'est la restriction malgré tout...le coté flou malgré tout de nos droits de prescription.* »
- Un médecin généraliste : « *J'ai le courrier de sortie de la maternité une fois sur deux.* »

Par ces citations de sages-femmes libérales et médecin généraliste, le système des sorties précoces témoigne de difficultés de mise en place et d'organisation des maternités en collaboration avec les professionnels libéraux, ainsi que des difficultés de transmission des informations de l'histoire médicale de la patiente et du nouveau-né, aux professionnels réalisant les suivis postnataux. On retrouve également des difficultés de communication entre les professionnels libéraux eux-mêmes, et notamment entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes. Il paraît donc primordial de renforcer la formation initiale des sages-femmes ainsi que de réaliser des transmissions ciblées précises, soit à l'écrit, soit au téléphone, un moyen de communication direct étant la meilleure façon de s'assurer de transmissions efficaces.

D'un point de vue positif, on retrouve également des témoignages de professionnels libéraux :

Un médecin généraliste : « *Ceux qui sont sortis, c'est qu'ils vont bien.* »

Une sage-femme libérale : « *Elles donnent leur accord pour sortir, donc elles se sentent prêtes en général à rentrer à la maison. Dans la mesure où, nous on passe les voir, en général, ça se passe bien.* »

Ceci met en évidence l'importance du respect des critères de sortie précoce, autant pour la mère, que le nouveau-né, afin d'assurer la sécurité médicale et psychologique de la famille. Le souhait des couples est aussi primordial, car aucune sortie ultra-précoce n'est possible sans la décision libre et éclairée préalable de la mère ou du couple. Les sorties précoces « réussies » en France montrent que les sorties ultra-précoces demeurent possibles, avec un renforcement de certains domaines de prises en charge, comme des transmissions, ou de respect des critères d'éligibilité aux sorties précoces établis par l'HAS. [8]

3 PRESENTATION DE L'ETUDE, METHODOLOGIE ET RESULTATS

3.1 PRESENTATION DE L'ETUDE

3.1.1 Problématique

Pour cette revue de la littérature, je suis partie d'une première problématique : comment les modalités d'accompagnement proposées dans les sorties ultra-précoces garantissent la sécurité médicale et psychologique du couple mère-enfant ? Cependant, cette problématique ne me semblait pas complète, ne traitant que de la sécurité médicale et psychologique, quand mon but était de traiter de l'organisation des soins à domicile de manière générale. D'après les articles que j'ai étudiés et les pratiques actuelles françaises, il m'a semblé plus pertinent de modifier ma problématique et de l'orienter vers une adaptation des pratiques actuelles françaises en s'inspirant des modèles européens, tout en satisfaisant les désirs des patientes et des couples français et en accord avec les divers services médicaux (maternité, PMI, HAD, sages-femmes libérales, etc). Ainsi, d'après les recommandations et les pratiques des quatre pays étudiés, j'ai pu définir la problématique suivante : comment pouvons-nous adapter les pratiques européennes dans l'organisation de soins à domicile dans les sorties ultra-précoces, six à vingt-quatre heures après l'accouchement, pour améliorer les pratiques françaises, tout en garantissant un état de santé optimal de la mère et de l'enfant, en respectant le souhait des couples et en accord avec les services médicaux déjà proposés en France ?

3.1.2 Objectifs

3.1.2.1 *Bénéfices attendus*

Le bénéfice principal de cette étude est d'améliorer la prise en charge à domicile des patientes et leur nouveau-né dans le cadre des sorties ultra-précoces en accord avec les souhaits du couple et les recommandations et protocoles des services de maternité français.

3.1.2.2 *Objectif principal*

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de l'organisation du retour à domicile ultra-précoce après l'accouchement aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en France afin d'améliorer les modalités de prise en charge à domicile en France en accord avec les souhaits des mères tout en assurant un état de santé optimal à la mère et l'enfant. Le but est d'améliorer les modalités de prise en charge à domicile dans les pratiques françaises, tout en ne perdant pas de vue les protocoles des services hospitaliers et les recommandations nationales.

3.1.2.3 *Objectifs secondaires*

En améliorant la prise en charge à domicile des patientes et de leur nouveau-né, un deuxième objectif serait d'assurer une sortie plus rapide que les sorties précoces mises en place actuellement, pour les couples qui le souhaitent et qui sont éligibles à ce type de sorties, tout en garantissant un retour à domicile en toute sécurité. Un autre objectif de cette étude est sur le long terme, de désengorger les

services de suite de couches des structures hospitalières françaises et de renforcer les soins à domicile par les professions libérales, la PMI et l'HAD, permettant ainsi d'améliorer la prise en charge des patientes et nouveau-nés hospitalisés et des familles étant de retour à domicile.

3.1.3 Hypothèses

Mon étude a eu pour départ les hypothèses suivantes :

- L'organisation des soins à domicile mise en place aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni peut être adaptée à nos pratiques en France afin d'améliorer la prise en charge dans le retour à domicile des patients sortant entre six heures et vingt-quatre heures après leur accouchement.
- Le couple mère-enfant peut sortir entre six heures et vingt-quatre heures après l'accouchement avec un risque médical, psychologique et social bas, sans augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales.

3.2 METHODOLOGIE

3.2.1 Type et lieu de l'étude

L'étude réalisée est une revue de la littérature : étude analytique et comparative des articles publiés les douze dernières années traitant des pratiques dans les quatre pays suivants : Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, France.

3.2.2 Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion de la population

3.2.2.1 Critères d'inclusion

Les articles sont sélectionnés par leur pertinence et leur fiabilité en rapport avec le sujet traité, la problématique et les objectifs de l'étude, issus des bases de données suivantes : Science Direct, Elsevier-Masson, BioMed Central, PubMed, Medline. Au fur et à mesure de l'avancée de la sélection de mes articles, je me suis aperçue que la majorité des articles en rapport avec mon sujet, dans les pays étudiés et qui me semblaient les plus pertinents, provenaient de la base de données Science Direct, Elsevier-Masson et BioMed Central.

3.2.2.2 Critères de non-inclusion

Aucun article n'a été sélectionné s'il ne correspondait pas au sujet traité ou s'il ne semblait pas pertinent pour affirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de l'étude.

3.2.2.3 Critères d'exclusion

Aucun article n'a été sélectionné s'il ne respectait pas les critères de validité, fiabilité et de méthodologie dans la mise en place de l'étude en elle-même, la publication dans des bases de données scientifiques faisant foi.

3.2.3 Gestion des données et minimisation des biais

3.2.3.1 *Gestion des données*

J'ai sélectionné cent trois articles en rapport avec le sujet de mon étude, qui ne concernaient pas nécessairement les pays de mon étude, puis sélectionné d'après ces cent trois articles, vingt-huit articles dont les études étaient réalisées dans les pays étudiés de ma recherche. Sur ces articles, j'en ai sélectionné douze qui m'ont permis de réaliser l'état des lieux le plus complet possible dont j'avais besoin pour mon travail de recherche, qui portaient sur le bon sujet, et qui m'ont permis d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ de mon étude, et m'ont permis également de faire des propositions pour améliorer les prises en charge françaises actuelles dans le cadre du retour à domicile après l'accouchement en France.

3.2.3.2 *Minimisation des biais*

Afin de minimiser au maximum le biais, je me suis assurée d'être la plus exhaustive possible dans mes recherches. C'est pourquoi j'ai utilisé différents mots clés sur les bases de données, afin d'avoir accès à un maximum d'articles, puis lu les titres et résumés de plus de cinq cents articles, pour en lire cent trois au complet. Le but était de ne pas négliger des informations qui auraient pu se révéler primordiales pour l'étude. La difficulté a également été de s'assurer de comprendre correctement les articles écrits en anglais, c'est pourquoi je me suis aidée de plusieurs traducteurs informatiques, ainsi que d'un lexique maïeutique élaboré par une plateforme d'entraînement à l'anglais médical, mis à disposition par l'école de sage-femme de Metz.

3.3 RESULTATS

3.3.1 Aux Pays-Bas

3.3.1.1 *Durée de séjour et sortie de maternité*

60% des accouchements aux Pays-Bas ont lieu dans un hôpital ou une structure de soins adapté(e). Parmi ces accouchements, les patientes, ayant accouché normalement et étant considérées comme à bas risque de complications, sont prises en charge uniquement par les sages-femmes néerlandaises en anténatal et périnatal et restent quelques heures hospitalisées à la maternité. Elles rentrent ensuite à leur domicile avec leur enfant et le relais des soins du post-partum est enclenché. Le lieu d'accouchement et le retour à domicile sont organisés en amont de l'accouchement, le suivi à domicile étant planifié et ajusté en fonction des souhaits de la patiente et de son histoire médicale [12].

3.3.1.2 *Accompagnement à domicile par les sages-femmes*

Les sages-femmes réalisent quatre à cinq visites d'une demi-heure au domicile des patientes après l'accouchement sur une période de dix jours, ce qui représente une visite tous les deux jours. Le but de ces visites est le suivi médical de la patiente et du nouveau-né : la sage-femme réalise l'examen clinique de la mère et de l'enfant à chacune des visites pour s'assurer de leur santé. Elles sont

également présentes pour répondre aux questions du couple. Après ces visites régulières, elles réalisent une visite postnatale six semaines après l'accouchement, afin de réaliser un examen clinique final, qui signera la fin du suivi à domicile post-partum. 96% des femmes ont eu un contact avec une sage-femme pendant la grossesse, l'accouchement ou le postpartum [13].

3.3.1.3 *Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé*

Aux Pays-Bas, il existe un système de soin qui met à disposition des professionnels, appelés les MCA pour « maternity care assistants », ce que l'on peut traduire par « assistants aux soins de la maternité ». 95,6% des femmes indiquent avoir reçu des soins par un ou une MCA dans le post-partum, ce qui correspond à, au minimum, vingt-quatre heures sur un total de huit jours soit trois heures par jour, et au maximum, quatre-vingts heures sur un total de dix jours soit huit heures par jour, à raison d'une moyenne de six heures par jour. Pour préparer ces visites post-partum, les femmes bénéficient d'un premier contact avec le centre mettant à disposition les MCA, par visite ou par appel téléphonique. L'étude analysée a révélé que 98,5% des femmes ont pu disposer de ce contact anténatal. Leur rôle est très général et consiste à réaliser et apprendre aux parents les soins du nouveau-né, réaliser et apprendre à la mère des soins médicaux pour elle-même après accouchement, soutenir l'alimentation, qu'elle soit artificielle ou par allaitement maternel, aider la mère aux tâches ménagères à domicile et s'occuper des premiers enfants si la mère en a déjà. Les MCA doivent reporter leurs visites et leurs observations sur toute la durée de la prise en charge à la sage-femme référente du foyer. Leur formation dure trois ans.

Le suivi du nouveau-né est donc réalisé par la sage-femme et les MCA présents à domicile, au fur et à mesure de leurs visites. L'enfant sera examiné par un pédiatre, et aura ses premiers vaccins dans un centre hospitalier spécialisé à partir de ses deux mois de vie [14].

3.3.2 *Au Royaume-Uni*

3.3.2.1 *Durée de séjour et sortie de maternité*

Au Royaume-Uni en 2005-2006, 16,5% des patientes ayant accouché rentraient à domicile le jour même de l'accouchement. En 2013-2014, 20,3% des femmes rentrent à domicile le jour de leur accouchement, entre quatre et six heures après celui-ci. La durée de séjour moyenne est de 1,6 jour [15].

3.3.2.2 *Accompagnement à domicile par les sages-femmes*

Au Royaume-Uni, les patientes bénéficient à domicile de minimum trois visites par un professionnel de santé ayant les compétences pour la surveillance médicale de la mère et de l'enfant, sur une période totale de dix jours. Dans la majorité des cas, sept visites à domicile après la sortie en moyenne sont effectuées. La majorité de ces visites sont effectuées par les sages-femmes. Elles instaurent une relation de confiance, apportent aux patientes une aide à l'alimentation et en particulier

à l'allaitement maternel, en observant une tétée et en commentant objectivement et conseillant les femmes pour améliorer la qualité des tétées. Ce sont les professionnels de santé les plus qualifiés pour le soutien de l'allaitement maternel, ainsi que pour les soins de la mère et du bébé. Les sages-femmes sont également un soutien psychologique et une source de conseils sur les soins bébé, le lien parents-enfant et l'organisation à domicile. Elles s'adaptent aux besoins particuliers de chaque patiente. Pour chaque examen clinique, la sage-femme étudie la récupération physique après l'accouchement, pour juguler les risques hémorragiques et infectieux de la mère et surveiller la santé du nouveau-né. Elles ont un rôle décisionnaire sur les autres professionnels de santé, notamment les MSW, ou « maternity support workers » (ce qui littéralement veut dire « travailleurs qualifiés pour le soutien de la maternité ») réalisant des visites à domicile, et leur distribuent les tâches qu'ils ont à réaliser. Les sages-femmes forment ces professionnels à la réalisation des actes spécifiques qui leur sont demandés [16].

3.3.2.3 *Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé*

Les visites à domicile, bien qu'effectuées par des sages-femmes dans la majorité des cas, peuvent également être déléguées en partie par celles-ci à des MSW. Leur premier rôle est de rendre possible les sorties les plus précoces de la maternité du couple mère-enfant. Les MSW sont un soutien et une aide à l'éducation et aux soins de l'enfant, mais aussi un soutien de l'allaitement maternel qu'ils apprennent à réaliser directement auprès des sages-femmes, au même titre que les étudiants sages-femmes.

Ils s'occupent également des premiers enfants déjà présents à la maison et effectuent les tâches ménagères en accord avec la famille chez qui ils travaillent. Ils sont capables de reconnaître les signes d'appel de la pathologie chez la mère et l'enfant et maintiennent un contact rapproché avec la sage-femme en charge de la famille pour n'importe quel signe médical, psychologique ou social qui les inquièterait. Dans la majorité des cas, ils sont assignés par les sages-femmes à une ou deux tâches spécifiques comme le soutien de l'allaitement maternel. Ils passent trois à six heures par jour à domicile en moyenne, pendant dix jours environ. Le but est d'aider les couples à organiser leur maison et leurs habitudes en considérant le nouveau-né venant d'arriver. Tous les actes sont transmis dans des registres et les dossiers et doivent être contre-signés par une sage-femme [17].

3.3.3 En Suède

3.3.3.1 *Durée de séjour et sortie de maternité*

Le programme de sortie précoce de la maternité en Suède existe actuellement depuis presque trente ans. Les critères de physiologie ne présentent pas d'ambiguïté pour leur système de soins. Les sorties de maternité en Suède sont actuellement de quarante-huit heures après accouchement ou moins. Cependant, les sorties de la maternité six heures après l'accouchement demeurent fréquentes, avec des critères de sélection stricts :

- Une mère en bonne santé

- Une grossesse physiologique
- Un accouchement normal sans complications
- Un enfant en bonne santé né à terme (37 à 42 semaines d'aménorrhée) et d'un poids normal
- Examen neuro-morphologique réalisé par un pédiatre durant l'hospitalisation

En Suède, les sorties ultra-précoces sont considérées, avec un suivi adapté à domicile, comme aussi sécurisées d'un point de vue médical et psychologique, qu'une hospitalisation de quelques jours. Les parents sont au cœur du choix de la date de sortie, en fonction de leurs envies et besoins. Le congé paternel dure dix jours, ainsi, le retour à domicile précoce permet à la famille d'apprendre à s'organiser ensemble et renforce le rôle du père dans les soins de son bébé [18].

3.3.3.2 *Accompagnement à domicile par les sages-femmes*

Le suivi à domicile est totalement organisé en collaboration avec le couple, en fonction de leurs envies et besoins, et de leur niveau de connaissances en soins maternels et néonataux, qu'elles proviennent de leur vécu d'une précédente grossesse, ou des informations qu'ils ont reçues pendant la grossesse actuelle. Le service de maternité s'informe également de leurs contacts avec d'autres parents pouvant répondre à leurs questions. Le but du suivi est de renforcer la confiance des parents en leurs propres capacités et ressources.

Les familles décidant de sortir précocement de la maternité sont contactées par téléphone par une sage-femme, issue d'un centre nommé « Postnatal Visiting Midwives Group » (PVMG) pour « groupe de sages-femmes réalisant des visites postnatales », le lendemain de leur arrivée à domicile. Les parents sont informés de l'existence et des rôles du PVMG pendant le suivi de leur grossesse. La sage-femme apprend alors des informations sur la santé de la mère et de l'enfant en suivant une checklist élaborée pour les sorties ultra-précoces et sur le déroulé de l'allaitement maternel, qui est très courant en Suède. Elle propose ensuite de réaliser des visites à domicile pendant quatre jours, aussi souvent que le souhaite le couple. Ces visites ont une visée médicale ainsi que de soutien psychologique. Elles se caractérisent par la réalisation de l'examen clinique de la mère et de l'enfant, le suivi de l'allaitement maternel et la délivrance de conseils de la part de la sage-femme en fonction de la demande des couples. Souvent, ces conseils sont en rapport avec les soins prodigués au bébé.

Durant l'examen du bébé, la sage-femme s'enquiert de la prise de poids du bébé, de la surveillance de l'ictère, du transit et urines et de l'alimentation de l'enfant en observant une tétée, et réalise un examen neuro-morphologique du nouveau-né. Durant l'examen clinique de la mère, la sage-femme s'inquiète de la santé générale, de ses saignements, des douleurs, et des sutures s'il y en a. Elle lui donne également des conseils sur son alimentation, son sommeil, l'activité sportive et pose des questions sur la relation qu'elle a avec son conjoint. Les sages-femmes sont disponibles par téléphone aux heures ouvrables, les parents appellent les urgences de l'hôpital en dehors de celles-ci [19].

3.3.3.3 *Accompagnement par d'autres professionnels de santé*

Le couple consulte à la maternité le cinquième jour après l'accouchement, afin qu'un pédiatre réalise un examen neuro-morphologique. Ce jour est également fait le test de dépistage des maladies métaboliques et le test auditif de dépistage de la surdité [20].

3.3.4 En France

3.3.4.1 *Durée de séjour et sortie de maternité*

Il existe différents types de sorties en France. Les sorties standards de la maternité ont lieu entre J+3 révolu et J+4 (J+0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement voie basse et entre J+4 révolu et J+5 pour un accouchement par césarienne.

Les sorties peuvent être réalisées avec un système appelé PRADO, elles sont de durées inférieures aux sorties standards (moins de soixante-douze heures pour un accouchement voie basse et moins de quatre-vingt-seize heures pour un accouchement par césarienne). Ces sorties PRADO ont été le premier pas vers les sorties précoces. Un employé de la sécurité sociale rend visite aux patientes directement dans leur chambre à la maternité afin d'enregistrer le nouveau-né sur la carte vitale de sa mère, et de faire le lien avec la sage-femme libérale qui suivra la famille à domicile. Les patientes sont soumises, pour pouvoir bénéficier de ce système, à des critères d'éligibilité :

- Patiente majeure
- Absence de situation de handicap physique ou psychique
- Absence de comorbidité
- Absence de complications
- Grossesse singleton
- Enfant né à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée)
- Enfant ne nécessitant pas de surveillance médicale particulière
- Enfant n'ayant aucun problème d'alimentation apparent

Les patientes peuvent également sortir de la maternité dans le cadre de sorties précoces, c'est-à-dire à J+2 révolu pour un accouchement voie basse et à J+4 révolu pour un accouchement par césarienne. Cette sortie est définie par des critères stricts [Annexe 1].

Dans des cas particuliers, comme dans les accouchements au sein d'une maison de naissances, les patientes sont libres de rentrer à domicile moins de vingt-quatre heures après leur accouchement. Ces patientes sont également sélectionnées par des critères stricts : la grossesse et l'accouchement doivent avoir été complètement physiologiques et sans complications [21].

3.3.4.2 *Accompagnement à domicile par les sages-femmes*

A domicile, dans le cadre des sorties précoces, une sage-femme libérale doit passer à domicile impérativement dans les vingt-quatre heures suivant la sortie de la maternité, pour réaliser l'examen clinique de la mère, qui comprend la prise de tension artérielle et du pouls ainsi que de la température, de l'absence de signes fonctionnels anormaux comme des vertiges, l'évaluation de la coloration des conjonctives, de la tension mammaire, de l'involution utérine, de la quantité et de l'aspect des lochies, de l'aspect de la suture (de déchirure, d'épisiotomie ou de césarienne), des signes d'appel d'une phlébite, de la reprise du transit, et de l'absence d'anomalies à l'émission des urines. La sage-femme s'enquiert également du contexte psychosocial du foyer et de la santé psychologique du couple. Elle répond aux questions des parents, et les conforte dans leurs capacités. Dans le cadre d'un allaitement maternel, elle peut également observer une tétée afin de corriger celle-ci, pour encourager la poursuite de l'allaitement.

La sage-femme réalise également l'examen du bébé, observe la prise de poids du bébé, surveille l'apparition d'un ictère, le transit et l'émission des urines et l'alimentation de l'enfant et réalise un examen neuro-morphologique du nouveau-né, avant une auscultation cardiaque de celui-ci. Elle réalise également le test de dépistage des maladies métaboliques de l'enfant.

La sage-femme réalise deux à trois visites à domicile, sur une période de dix jours. La mère devra également consulter la sage-femme en cas d'absence de complications, pour la visite post-natale, six à huit semaines après l'accouchement. S'il s'agissait d'un accouchement par césarienne, une visite post-opératoire à un mois de l'accouchement devra être réalisée par un médecin [22].

3.3.4.3 *Accompagnement à domicile par d'autres professionnels de santé*

Après la sortie précoce, un rendez-vous chez un médecin généraliste ou un pédiatre doit être pris afin de réaliser un examen du bébé entre son sixième et son dixième jour de vie. Un examen comme celui de la sage-femme à domicile sera effectué. Une visite chez ce même médecin devra être réalisée également à un mois de vie de l'enfant pour son suivi, et la mise en place du programme vaccinal.

La PMI contacte par téléphone toutes les patientes ayant accouché, qu'elles soient primipares ou multipares. Le but est de prendre des nouvelles du retour à domicile de la famille. Une sage-femme de PMI réalise une visite à domicile pour les patientes primipares, ou en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale, ou simplement les patientes qui le souhaitent. Une puéricultrice de la PMI réalise une visite à domicile systématiquement afin de s'assurer de la prise de poids du bébé, et de conseiller les mères/couples en matière d'alimentation (allaitement maternel ou alimentation artificielle) et de soins pour le bébé. Les visites de la sage-femme ou de la puéricultrice peuvent être répétées à la demande de la mère/du couple.

Il existe également le service d'HAD, un service rattaché à un hôpital de référence et dépendant donc de celui-ci d'un point de vue logistique et financier. L'HAD est un service à part entière de l'hôpital,

à la seule différence que les patientes ne sont pas dans une chambre de l'établissement, mais à leur domicile. Elles restent néanmoins hospitalisées et doivent rester disponibles pour les visites des professionnels, qui peuvent être réalisées plusieurs fois par semaine voire quotidiennement, en fonction du contexte médical. Des sages-femmes réalisent des gardes en HAD, et leur activité exclusive sont les visites à domicile, prénatales ou postnatales. A l'heure actuelle, les patientes peuvent bénéficier d'une HAD, dans des cas particuliers du post-partum :

- Soins post-césarienne dans le cadre d'une cicatrisation anormale
- Soins de plaies périnéales compliquées
- Dépression de post-partum ou vulnérabilité
- Conduites addictives chez la mère
- Patientes adolescentes
- Pathologies spécifiques ou non du post-partum
- Absence d'offre alternative de soins
- Difficultés d'allaitement associées

Actuellement en France, l'HAD n'est que très peu développée dans le cadre du suivi post-partum physiologique [23].

4 DISCUSSION

4.1 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES PRISES EN CHARGE DES PAYS ETUDIÉS ET DES SORTIES ULTRA-PRÉCOCES

4.1.1 Les avantages

Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, nous constatons que le rythme du suivi à domicile des patientes, suite à une sortie ultra-précoce, est très soutenu. Les visites à domicile sont quotidiennes, qu'elles soient réalisées par une sage-femme ou un autre professionnel de santé. Plusieurs avantages peuvent découler de cette fréquence de visites. Dans un premier temps, les professionnels de santé peuvent dépister des potentielles complications du post-partum chaque jour, comme en hospitalisation à la maternité. Ainsi, la prise en charge de ces pathologies est retardée au minimum et le traitement est facilité. Dans un deuxième temps, ces visites permettent aux mères de bénéficier d'un réel soutien psychologique individualisé et de ne pas se sentir désemparée après leur arrivée à domicile, comme pouvaient l'exprimer les patientes dans l'étude CIANE. Elles ont la possibilité de poser toutes leurs questions et d'apprendre, avec leur conjoint s'il le souhaite, les soins à réaliser sur leur enfant sans être pressées par le temps, et dans l'environnement serein que représente leur domicile. Le rôle des professionnels est également de créer, avec les couples ou la patiente seule, une routine qu'ils pourront continuer et adapter d'eux-mêmes après la fin du suivi, qui les rassurent et les confortent dans leur rôle de parents. Il est plus simple d'apprendre des soins tels que le change ou le bain, directement dans l'environnement dans lequel les parents prendront l'habitude de les réaliser.

Cette fréquence de visite permet également une poursuite dans la durée de l'allaitement maternel, dont les bénéfices pour le développement du nouveau-né ne sont plus à démontrer. Les professionnels de santé s'occupant des familles, et notamment les sages-femmes, sont formés au soutien de l'allaitement. L'observation des tétées quotidiennes débouche sur une correction ciblée de celles-ci, pour rendre leur déroulé confortable et ainsi encourager les mères à prolonger leur allaitement, permettant la santé et le développement optimal de l'enfant.

L'existence de MCA et de NSW présente également des avantages. En effet, un professionnel étant assigné à un foyer particulier, toute la prise en charge est orientée vers les besoins spécifiques de la famille. Les visites sont personnalisées et modelées spécialement pour chacune des patientes, et chacun des couples. Cette situation crée un environnement de confiance, dans lequel le couple peut s'exprimer librement, et prendre tout le temps nécessaire pour apprendre à s'occuper d'un enfant. Les MCA et NSW permettent également aux parents de pouvoir se concentrer sur les soins du nouveau-né et renforcer le lien parents-enfant nouvellement créé avec leur bébé en se chargeant des tâches ménagères du foyer.

D'un point de vue des professionnels de santé, la présence des MCA et NSW permet aux sages-femmes des structures non-hospitalières de pouvoir prendre en charge un nombre plus conséquent de patientes, et permettent ainsi de réaliser des sorties plus précoces pour celles qui le souhaitent. Les

services intra-hospitaliers sont donc spécialisés pour la prise en charge des patientes en situation de pathologie ou en situation de vulnérabilité qui nécessitent un suivi particulier.

En Suède, les patientes sont autonomisées très rapidement. Tout le suivi est orienté vers le renforcement de la confiance en leurs capacités et de l'estime de soi des parents. Ils sont acteurs de leur prise en charge. Ils ont un rôle central dans la décision du nombre de visites, de leur durée et de leur contenu. Le rôle du père est également mis en avant, pour lequel les sorties précoces sont avantageuses, à cause de la durée du congé paternité. Il peut ainsi prendre part aux soins de son bébé dans ses premiers jours de vie autant que la mère. Le lien père-enfant est développé plus aisément. Les visites sont peu fréquentes, mais cela permet d'autonomiser les parents dès l'arrivée à domicile. De plus, le système de soins est structuré en un réseau qui entoure les parents, qui ont la possibilité de contacter tous les jours de la semaine des professionnels de santé qualifiés spécifiquement aux sorties ultra-précoces et au suivi qu'elles engendrent.

Les sorties ultra-précoces présentent un avantage certain pour les familles : rentrer chez eux rapidement, afin de retrouver leur confort pour un repos optimal. De plus, les sorties ultra-précoces engendrent obligatoirement un suivi personnalisé, qui sera plus efficace qu'un suivi standardisé car il s'adapte aux besoins spécifiques de chaque famille. Grâce aux sorties ultra-précoces, les premiers enfants du couple seront séparés de leurs parents pour un temps réduit. La famille pourra ainsi adopter des habitudes de vie le plus rapidement possible pour assurer un quotidien serein au sein du foyer.

4.1.2 Les inconvénients

Cependant, les sorties ultra-précoces présentent des inconvénients. Le suivi soutenu sur le modèle des Pays-Bas et du Royaume-Uni, même à son minimum d'heures possibles, peut sembler trop important pour certaines patientes. En effet, certaines femmes sont déjà autonomes, de part leur expérience avec leurs premiers enfants, et peuvent ne pas avoir besoin d'un suivi aussi régulier. Le but de la prise en charge n'est pas d'être intrusif mais bien de s'assurer de la bonne santé médicale, sociale et psychologique de la mère et de l'enfant. C'est pour cette raison qu'il est important de garder les parents au centre de la décision, autant du moment de la sortie, que du suivi à domicile, afin de s'adapter au maximum à leurs besoins, tout en s'assurant de la sécurité de la famille.

En Suède, le nombre de visites est restreint. Il est certes, à la demande de la famille, mais pour garantir la sécurité médicale de la famille, la mère et l'enfant doivent être examinés régulièrement par des professionnels de santé qualifiés. En effet, la gestion des trois risques du post-partum chez la mère doit être maintenue. Le risque hémorragique est le plus important les premières vingt-quatre heures, le risque thromboembolique entre vingt-quatre et quarante-huit heures, et le risque infectieux au-delà de quarante-huit heures. Ainsi, un nombre d'examens minimal doit être fixé, afin de ne pas manquer les signes d'appel de ces complications. De même, le nouveau-né est concerné par plusieurs éléments de surveillance également et en particulier le poids, l'alimentation, le transit, et le teint, afin de ne pas

retarder la prise en charge d'une pathologie telle que l'ictère dont le traitement nécessite une réhospitalisation.

4.2 LA SITUATION EN FRANCE

4.2.1 Analyse de la prise en charge actuelle des sorties précoces

Actuellement en France, les patientes bénéficiant de sorties précoces ont un suivi à domicile relativement standardisé : une sage-femme libérale assure une visite à domicile le jour de la sortie puis la réitère une fois obligatoirement, et une fois supplémentaire sur signes d'appel de complications de la mère et/ou du nouveau-né ou sur demande de la patiente. Cette visite est limitée en temps et dure souvent une heure, car les sages-femmes libérales sont peu nombreuses et réparties sur le territoire de manière non équitable, et sont donc à la charge d'un grand nombre de patientes. Elles se doivent de réaliser un suivi équivalent à leurs différentes patientes et sont donc obligées de limiter la durée des visites. Si la patiente souhaite bénéficier d'une visite à domicile supplémentaire au delà du septième jour post-partum par sa sage-femme libérale, elle ne sera malheureusement pas prise en charge par la sécurité sociale. Elle devra donc faire appel à une sage-femme de PMI, qui est tout aussi compétente, mais ne connaît pas aussi bien la patiente, son bébé et leur histoire médicale et psychologique. De plus, la situation de confiance que la patiente avait créée avec sa sage-femme libérale sera à recommencer complètement si les visites sont poursuivies par une sage-femme différente. Une puéricultrice de PMI vient peser et examiner le bébé à domicile mais n'est pas qualifiée pour les examens ou les soins maternels, et ne peut ainsi prendre le relais d'une sage-femme. De même, la visite néonatale entre le sixième et le dixième jour prévue chez le pédiatre ou le médecin traitant, n'a pas pour visée l'examen de la mère.

Ainsi, le suivi à domicile en France après une sortie précoce semble insuffisant à un nombre non négligeable de patientes. Ce suivi semble, de plus, orienté en priorité vers les examens cliniques de la mère et du nouveau-né, délaissant en partie, par faute de temps, une prise en charge psychologique plus approfondie. De l'arrivée à domicile du couple mère-enfant découle de nombreux changements, une nouvelle organisation de vie qui peut être difficile à réaliser pour certaines patientes. Elles peuvent se sentir submergées par toutes les tâches ménagères, couplées aux soins à réaliser à leur enfant, à quoi s'ajoute la fatigue due aux efforts de l'accouchement et aux nuits de sommeil incomplètes. Tous ces éléments rendent la forme psychologique de la mère fragile, ce qui peut engendrer un état de santé psychologique altéré, voire, dans les cas extrêmes, des pathologies psychiatriques, comme la dépression du post-partum. Afin d'éviter cette situation, il est important de maintenir une écoute constante des dires de la patiente durant les visites. Une fois encore, par manque de temps, il est parfois impossible pour la sage-femme de discuter suffisamment longtemps de certains événements qui auraient pu être traumatiques pour ses patientes, entraînant ainsi une baisse de la forme psychologique de celles-ci.

Pour le suivi de l'allaitement maternel, ce programme de visites semble également incomplet. En effet, pour qu'un allaitement maternel, dont les débuts peuvent s'avérer difficiles, persiste dans le

temps, une séance complète consacrée à celui-ci devrait être organisée. Cependant, le nombre de visites à domicile par la sage-femme étant déjà limité, il semble logique de privilégier l'examen dépistant les complications, afin de ne pas mettre en danger la santé de la mère ou du nouveau-né. Un grand nombre de patientes arrêtent donc malheureusement leur allaitement, malgré leur désir d'alimenter leur bébé au sein, car les complications de celui-ci leur semblent impossibles à surmonter seules.

4.2.2 L'adaptabilité des prises en charge européennes à la France

Pour rendre les sorties ultra-précoces possibles, il faut obligatoirement renforcer le suivi à domicile par des professionnels de santé. Une première proposition peut consister en l'augmentation du nombre de visites par une sage-femme libérale, sur une période plus longue, sur le modèle hollandais et anglais, ciblées sur l'examen médical de la mère et du nouveau-né ainsi que sur le soutien psychologique. La sage-femme passerait quatre à cinq fois sur une période de dix à douze jours, deux visites étant espacées de deux à trois jours. De cette manière, la sage-femme pourrait voir l'évolution de l'état de santé de la mère, ainsi que l'évolution de l'état de santé du bébé et en particulier, sa prise de poids, caractéristique d'une alimentation suffisante. Avec des visites plus fréquentes, la patiente pourrait exprimer davantage ses difficultés et ses peurs à la sage-femme, qui aurait du temps supplémentaire pour l'écouter, la rassurer et la conseiller.

En complément, le système de soins français pourrait développer, à l'instar des MCA et des NSW, des professionnels compétents pouvant réaliser le suivi et le soutien de l'allaitement maternel, qui établirait un programme de visites avec les patientes en fonction de leurs besoins. Ces professionnels peuvent par exemple être des auxiliaires de puériculture. Cette profession pourrait voir se développer un domaine libéral, ou alors les professionnels pourraient se regrouper en structure, comme la PMI, qui mettrait à disposition des auxiliaires de puériculture, déjà spécialisés en soins néonataux. Une formation peut être mise en place, faite par des sages-femmes, pour parfaire la formation en allaitement des auxiliaires, afin d'offrir un suivi global aux patientes.

L'idée générale est de construire un réseau de soins pour le suivi physiologique pouvant offrir un choix de services large et dont bénéficieraient les patientes selon leurs choix et leurs besoins. Chaque pôle comporterait une catégorie de professionnels de santé différente pouvant se rendre à domicile : un pôle pour la mère, qui comporterait des sages-femmes, pour ses examens cliniques et ceux de son bébé, ses soins, son suivi psychologique et une aide à l'allaitement maternel ou à l'alimentation artificielle, et un pôle pour le nouveau-né, avec des auxiliaires de puériculture pour les soins néonataux et le suivi de l'allaitement également.

4.3 POTENTIELLES STRUCTURES A DEVELOPPER

4.3.1 L'HAD

Le système de l'hospitalisation à domicile serait également une possibilité envisageable à développer pour le suivi des mères sorties ultra-précocement. En effet, l'avantage de ce service est qu'il existe déjà, et qu'il met à disposition des sages-femmes dont le rôle est de réaliser exclusivement des

visites à domicile. Actuellement, les seules patientes pouvant bénéficier de ce service sont celles dans des situations médicales, sociales ou psychologiques particulières. Cependant, les sages-femmes du service d'HAD peuvent réaliser des suivis du post-partum dans un contexte physiologique, elles pourraient réaliser des visites à domicile trois fois par semaine, chez les patientes sorties ultra-précocement, sur une période pouvant aller jusqu'à deux semaines. Ce suivi comprendrait également des examens cliniques pour la mère et pour le bébé, le suivi de l'allaitement maternel, l'apprentissage des soins néonataux et le soutien psychologique de la mère, réalisés par la sage-femme d'HAD. Si, par manque de personnel et/ou de temps, les soins pour l'enfant ne peuvent être expliqués, l'HAD peut se développer et mettre en place des visites à domicile par d'autres professionnels de santé spécialisés en soins néonataux.

Une autre alternative pour l'HAD, autre que celle d'embaucher un nombre supplémentaire de professionnels de santé, serait de rendre disponibles des sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture hospitalières, qui réaliseraient alors des gardes réservées aux visites à domicile. Ces gardes ne seraient pas réalisées en supplément des gardes dans les services hospitaliers, mais à la place de ces gardes. Ainsi, elles pourraient réaliser les examens et les soins à domicile, exactement comme ils seraient effectués dans le service de maternité. L'avantage est que les professionnels n'auraient besoin d'aucune formation supplémentaire, puisque leur travail serait le même qu'en structure hospitalière.

Une expérience a été menée au centre hospitalier du Val d'Ariège entre janvier et mars 2008, par une équipe de professionnels de santé, sur la prise en charge des patientes en HAD après une sortie précoce. La prise en charge en HAD a été évaluée en fonction de critères de qualité de prise en charge du nouveau-né : le taux d'allaitement à un mois, le taux de réhospitalisation ou de consultation au cours du premier mois, le taux d'oubli d'examen du huitième jour et de test de dépistage des maladies métaboliques, ainsi que la satisfaction parentale vis-à-vis de la prise en charge. Une sage-femme réalisait une visite à domicile quotidiennement, et il existait une permanence des soins de 24 heures sur 24. Cette expérience a démontré que l'HAD permettait une hospitalisation d'une qualité d'encadrement et de niveau de sécurité équivalents à une hospitalisation classique [24].

4.3.2 La PMI

La PMI est d'ores et déjà une des structures actrices dans le suivi à domicile des patientes. L'établissement met à disposition des patientes, des professionnels de santé de plusieurs domaines différents : médical, social ou psychologique. Dans le cadre des sorties ultra-précoces, les patientes ont besoin de ces professionnels pour les accompagner et veiller à leur sécurité. Cependant, la PMI a actuellement une image auprès de la population qui demeure celle d'une organisation qui prend en charge les familles dans une situation de vulnérabilité et de précarité. Or, les professionnels se rendant au domicile des patientes, telles que les sages-femmes et les puéricultrices notamment, ont une formation initiale générale, s'appliquant à toutes les patientes et tous les nouveau-nés confondus, issus de famille en situation de vulnérabilité ou non. La PMI fonctionne avant tout sur un système de visites à

domicile et de consultations dans l'établissement même qui sont gratuites, et qui peuvent s'adapter à tout type de besoins et demandes.

Le rôle de soutien psychologique ainsi que de soutien de l'allaitement maternel de la PMI pourrait se développer davantage. En effet, pour donner aux patientes toutes les chances de voir leur allaitement s'installer dans la durée sans complication, il est important que le soutien de professionnels formés spécifiquement à cette tâche soit renforcé. En travaillant en synergie avec les sages-femmes libérales, les professionnels de santé pourraient former une équipe, de deux ou trois professionnels, qui seraient chacun porteur d'un élément de soutien et/ou de surveillance pour une famille précise. Cette proposition permettrait de limiter le nombre de personnes différentes réalisant les visites dans un même foyer, pour développer une relation de confiance, essentielle pour une prise en charge optimale des familles. Une rencontre peut être organisée en amont entre les différents professionnels de santé, durant la grossesse, afin de créer un premier contact et ainsi, être moins intrusif dans la vie de la famille. C'est à cette rencontre que le couple pourra faire part aux professionnels de santé de ses premières questions ainsi que de ses besoins, qui seront adaptés au fur et à mesure après l'accouchement et après le retour à domicile. Puis, un contact téléphonique peut être établi le jour de l'accouchement, par la personne qui sera coordinatrice de l'équipe s'occupant du foyer (sage-femme libérale ou PMI), à l'image de la Suède, afin de prendre les premières informations médicales et psychologiques nécessaires à la mise en place d'un suivi à domicile adapté. La fréquence et le contenu des visites seront organisés en fonction des besoins spécifiques de la famille, par ce professionnel référent, qui fera alors appel aux autres professionnels de santé spécialisés en fonction des besoins. Le nombre maximal de visites sera programmé et pourra ensuite être réduit ou augmenté au fur et à mesure sur demande des patients. Les transmissions entre chacun des professionnels de santé réalisant des visites à domicile sont primordiales, pour éviter les doublons d'exams ou de prise en charge globale, comme une deuxième consultation pour l'allaitement par exemple, qui traiteraient des mêmes problématiques, qui seraient une perte de temps et d'argent pour les parents, comme pour les professionnels.

4.3.3 L'informatique

4.3.3.1 *Le téléphone et la vidéoconférence*

L'outil téléphonique peut être utilisé, comme cité ci-dessus, dans un premier temps comme premier contact avec la famille. Ce contact peut être établi en amont de l'accouchement d'abord, par une sage-femme libérale par exemple, afin de prendre connaissance du couple et de leur histoire médicale, réaliser une première ébauche d'anamnèse et démarrer la relation de confiance avec la famille. Un second contact peut être pris, sur le modèle de la Suède, le jour même ou le lendemain de l'accouchement, et donc du potentiel retour à domicile du couple mère-enfant. Cet appel aura une utilité d'informations : la sage-femme s'informerait sur le déroulé et le vécu de l'accouchement par la patiente, ainsi que du post-partum immédiat et du retour à domicile. La deuxième utilité de cet appel sera l'organisation des visites à domicile, et des différents professionnels de santé qui pourront les prendre en charge, en fonction de leurs envies et besoins, et des examens obligatoires pour la mère et l'enfant,

comme l'examen clinique de base de chacun et par exemple, le test de dépistage des maladies métaboliques pour le nouveau-né.

En dehors des visites à domicile directes et des premiers contacts téléphoniques, en supplément, il ne faut pas négliger la possibilité des familles de contacter leurs sages-femmes ou autres professionnels de santé que les patients connaissent déjà, afin de répondre à leurs questions. Ces conversations de réponses aux questions et de conseils téléphoniques peuvent représenter un gain de temps considérable pour les professionnels de santé, qui seront déjà aguerris des difficultés rencontrées par la famille avant les visites ou entre chacune d'entre elles. Si toutefois, les questions et conseils évoqués nécessiteraient une visite supplémentaire, alors elle sera programmée par la sage-femme référente par exemple. Le téléphone ne remplace pas le contact direct et le regard clinique du professionnel de santé, ainsi que la correction de certains gestes par la sage-femme, et notamment dans le suivi de l'allaitement maternel. Par exemple, une consultation d'allaitement pourra être programmée pour s'assurer de la position optimale du nouveau-né pendant une tétée, afin qu'il s'alimente suffisamment, tout en préservant le confort maternel.

Pour un contact plus direct, mais toujours à distance, la Suède a également expérimenté l'outil vidéoconférence avec ses patients [25]. Une étude a été menée, sur la satisfaction des parents dans l'utilisation de la vidéoconférence en amont des visites à domicile. Les résultats de cette étude indiquent que l'utilisation de la vidéoconférence comme soutien en cas de sortie ultra-précoce après l'accouchement peut faciliter la première visite à domicile, ce qui permettrait à la sage-femme de guider les couples dans leur transition dans la parentalité plus rapidement et plus efficacement. Ce premier contact visuel renforce la relation de confiance entre professionnel et couple. En effet, les parents peuvent ainsi découvrir le visage du ou des professionnel(s) qui s'occupera(ont) de leur prise en charge à domicile, ce qui rend la première visite moins intimidante. Le rôle de la vidéoconférence peut ainsi remplacer l'appel téléphonique de premier contact.

Cependant, ces solutions de contact téléphonique ou de vidéoconférence sont limitées aux heures ouvrables, et les familles demeurent obligées de contacter les urgences ou de s'y présenter en cas de complications maternelles ou néonatales. Le rôle des professionnels de santé réalisant les visites à domicile sera donc également de bien informer les familles des signes d'appel des complications qui doivent aboutir à une consultation en urgence, que cela soit pour la mère ou son bébé. Cependant, en aucun cas un appel téléphonique ou en vidéoconférence ne doit remplacer une consultation en urgence qui est nécessaire si des complications graves apparaissent.

4.3.3.2 *Plateforme de chat ou forum*

Une autre plateforme informatique pourrait se mettre en place afin de répondre aux questions des patients : un forum bénéficiant plus ou moins d'une messagerie instantanée. En effet, nous vivons actuellement dans l'ère de l'informatique, et la grande majorité des foyers bénéficient d'un ordinateur ou smartphone pouvant se connecter sur des plateformes de communication en ligne. Ce forum serait

construit de sorte que les parents puissent poser leurs questions, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, et des professionnels de santé volontaires répondraient à celles-ci. Le but de ce forum ne serait pas de créer une plateforme d'échanges entre parents entre eux, car ce type de forum existe déjà, mais bien un échange entre un professionnel de santé qualifié qui pourraient répondre aux questions des parents, avec une réponse délivrant une information qui serait fiable, et qui comprendrait sa source. Ces questions seraient anonymisées et les informations données rendues publiques, afin qu'elles puissent servir aux autres parents qui auraient rencontré la même problématique.

Ce forum pourrait également comporter des fiches informatives, qui guideraient les parents à travers toutes les démarches ainsi que tous les critères pour bénéficier des sorties ultra-précoces mais également des fiches techniques sur les positions d'allaitement, ou les soins néonataux, ou encore des conseils pour l'alimentation artificielle de leur enfant, etc. Il serait rendu le plus complet possible, et ce serait un site internet qui serait référencé, il apparaîtra ainsi en haut des moteurs de recherche, si les parents recherchent des mots clés spécifiques, comme « sorties ultra-précoces ».

Le forum serait complété par un support de messagerie instantanée, sur laquelle des professionnels de santé répondraient en temps réel aux différentes interrogations des parents, ce qui rendrait la communication d'autant plus pratique et rapide. Des professionnels seraient actifs sur la chat sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sur la base du volontariat.

4.4 FREINS A LA MISE EN PLACE DES SORTIES ULTRA-PRECOCES EN FRANCE

4.4.1 Point de vue économique

J'ai émis beaucoup de propositions à la suite de mon étude sur l'organisation des soins à domicile. Cependant, un premier frein à la mise en place de toutes ces propositions est économique. En effet, le développement de nouvelles structures ou des structures déjà existantes, l'augmentation du nombre de sages-femmes libérales, ou encore la mise en disponibilité du personnel hospitalier pour des visites à domicile représentent un coût qui n'est pas négligeable. Il faut pouvoir rémunérer ces professionnels de santé, soit par l'augmentation du budget accordé aux structures déjà existantes, ou pour la création de nouvelles structures, soit augmenter les cotisations de la sécurité sociale afin de pouvoir rembourser l'intégralité des soins dans le cadre des sorties ultra-précoces. Dans chacun de ces cas, il est nécessaire de débloquer des fonds importants.

D'autre part, la réalisation des sorties ultra-précoces permettrait d'économiser une partie du budget de l'hôpital, puisque les hospitalisations qui peuvent se révéler coûteuses seraient écourtées. Moins de moyens humains et matériels seraient donc utilisés et il serait possible de réaliser une économie non négligeable. Ces fonds pourraient être réinjectés dans les prises en charge à domicile, ce qui pourrait rendre réalisable le suivi soutenu proposé. Le calcul reste à établir, pour connaître l'équilibre entre la portée de l'économie réalisée dans les sorties ultra-précoces dans le domaine hospitalier et le coût engendré à domicile pour un suivi qui semble suffisant aux patientes et aux professionnels de santé pour assurer la sécurité et la santé des patientes et de leur enfant.

4.4.2 Point de vue des professionnels

D'un point de vue des professionnels de santé, certaines contraintes apparaissent également à la mise en place des sorties ultra-précoces. Dans un premier temps, les sages-femmes libérales sont actuellement trop peu nombreuses pour assurer un suivi suffisant à toutes les femmes souhaitant bénéficier d'une sortie ultra-précoce. Elles sont déjà actuellement peu nombreuses pour suivre toutes les patientes ayant besoin d'un suivi à domicile après une sortie classique, PRADO ou précoce, en particulier en zone rurale, créant des emplois du temps chargés. Elles sont alors obligées de calculer le temps de visites, pour voir un maximum de patientes tout en leur gardant le temps nécessaire à un suivi optimal. En effet, le but est d'accorder aux patientes le nombre de visites ainsi que le temps nécessaires de réaliser un suivi médical, social et psychologique suffisants en accord avec leurs besoins. Ajouter des patientes supplémentaires, qui auraient, de plus, besoin d'un suivi plus soutenu, à raison du double du nombre de visites prévu actuellement entraîne ainsi un besoin de multiplier le nombre de sages-femmes libérales. Il est donc nécessaire de développer la profession libérale, en permettant à un nombre plus important de sages-femmes libérales de s'installer dans le même secteur, et en évitant des déserts médicaux dans les zones moins urbanisées. Le problème du remboursement de la sécurité sociale apparaît à ce moment : augmenter le nombre de sages-femmes libérales pouvant prendre en charge les patientes qui sortent ultra-précocement de la maternité est une solution soulevant des coûts plus importants. Le même problème se pose dans les structures existantes actuellement, comme la PMI et l'HAD. En effet, le nombre de patientes à suivre va augmenter si les sorties ultra-précoces sont mises en place, et il est nécessaire de renforcer l'équipe de professionnels de santé dans des services pouvant prendre en charge les visites à domicile, ce qui augmente également le coût de ces structures pour les hôpitaux référents, la sécurité sociale et l'Etat.

De plus, dans le secteur hospitalier, les sorties ultra-précoces nécessitent une organisation rigoureuse et importante, pour qu'aucun détail en rapport avec la sortie ne soit négligé, qu'aucune information importante ne soit oubliée et ainsi permettre des transmissions complètes sur le dossier médical de la patiente et de son enfant aux professionnels prenant le relais à domicile. Ces transmissions complètes permettent une prise en charge plus ciblée, spécifique aux besoins de la patiente et de son bébé. Cependant, les services de maternité, et en particulier dans les zones urbaines, sont souvent relativement engorgés, laissant un faible nombre de professionnels de santé réaliser des soins à un grand nombre de patientes et de nouveau-nés. D'un côté, réaliser des sorties ultra-précoces est un grand avantage pour désengorger les services hospitaliers, mais elles nécessitent une organisation méticuleuse. Si les sorties ultra-précoces entrent complètement dans les mœurs des services hospitaliers, alors l'organisation sera stable et donc plus simple à réaliser pour tous les professionnels. Cependant, la période critique réside dans la transition entre les sorties actuelles prévues pour les patientes et les nouveau-nés, et les sorties ultra-précoces pour les patientes qui répondent aux critères d'éligibilité et qui en font la demande. Tous ces changements nécessitent des adaptations organisationnelles des services ainsi que de leurs professionnels de santé, qui peuvent s'avérer difficiles.

De plus, les patientes sont de plus en plus demandeuses de sorties ultra-précoces de la maternité, mais il est important de répondre à ces attentes uniquement sur des critères stricts d'éligibilité. Ces critères peuvent s'inspirer des critères actuels pour les sorties précoces, tout en étant plus sévères, pour ne pas autoriser des sorties ultra-précoces pouvant déboucher sur des complications maternelles ou néonatales qui seraient évitables. Les recommandations doivent donc être étudiées à nouveau et adaptées à ce type de prise en charge, autant sur la sortie en elle-même que sur l'organisation de soins à domicile pour la mère et pour l'enfant.

5 CONCLUSION

Dans un contexte d'augmentation de la demande de sorties de plus en plus précoces par les couples, l'évolution de l'organisation des soins dans nos maternités françaises ainsi qu'à domicile semble inévitable. Plusieurs pays en Europe, tels que les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni réalisent déjà ce type de sorties, avec chacun une organisation des soins à domicile différente, mais qui peut s'avérer une véritable source d'inspiration pour rendre ces sorties ultra-précoces possibles en France. Malgré la charge de travail pour l'adaptation des prises en charge, de nombreuses pistes peuvent être envisagées. En effet, si le nombre de patientes sortant ultra-précocement augmente, alors le nombre de sages-femmes libérales réalisant leur suivi à domicile peut augmenter également. Le développement des structures déjà existantes, comme la PMI et l'HAD, peut également pallier la demande croissante de sorties ultra-précoces, en mettant à disposition des professionnels de santé pouvant suivre à domicile les patientes et leur nouveau-né. Une nouvelle structure pourrait également voir le jour, sur l'image des organisations de MCA et MSW, qui regrouperaient des auxiliaires de puériculture, par exemple, qui se rendraient directement au domicile des patientes pour apprendre aux parents les soins néonataux et donner des conseils en allaitement maternel. Dans l'ère du numérique qui se développe de plus en plus, d'autres solutions entrent en jeu : la création d'un système de vidéoconférence en amont des visites postnatales ainsi que la mise en place d'un forum et d'une messagerie instantanée pour que médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, et autres professionnels de santé, puissent répondre rapidement aux patientes à toute heure.

Toutefois, des barrières à la mise en place des sorties ultra-précoces restent à lever, notamment la question des coûts pour l'augmentation du nombre de professionnels de santé pour le suivi à domicile ou le renforcement des structures préexistantes. De la même manière, la création de structures nouvelles, telles qu'une organisation offrant des services d'auxiliaires de puériculture, représente un certain budget. L'économie réalisée en écourtant les séjours au sein de la maternité peut être une piste pour compenser les nouveaux coûts générés.

De plus, le suivi à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement doit être organisé rigoureusement, mêlant à la fois un agencement des visites standardisé et une flexibilité de celui-ci en fonction des besoins des couples. Cette étude a donc débouché sur l'élaboration d'un protocole, débutant avec des visites obligatoires, nécessaires pour assurer la sécurité et la santé de la mère et de l'enfant, et des visites facultatives additionnelles, pour s'adapter aux familles [Annexe 3].

6 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement, conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS ; 2014.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé. [en ligne]. OMS, mars 2018 (consulté le 15 avril 2018). Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [3] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, fiche de synthèse. Paris : HAS ; 2014.
- [4] L'Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile [en ligne]. Mai 2018 (consulté le 10 mai 2018). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. La protection maternelle et infantile (PMI) [en ligne]. 5 janvier 2017 (consulté le 3 mai 2018). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>
- [6] Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. Paris : CNNSE ; 2013.
- [7] Haute Autorité de Santé. Service bonnes pratiques professionnelles : Maisons de naissances. Paris : HAS ; 2014.
- [8] Institut National d'Etudes Démographiques. Population, naissances, décès [en ligne]. 1^{er} janvier 2017 (consulté le 3 mai 2018). Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpees/population-naissances-deces/>
- [9] Blanchard L. Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe [Mémoire]. Paris Saint Antoine : Ecole de Sage-Femme de Paris Saint Antoine, Université de Pierre et Marie Curie Paris ; 2016. 81p.
- [10] Collectif Inter associatif Autour de la Naissance. Sorties de la maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements. Paris : CIANE ; 2012.
- [11] Fostier O. Le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité, par les professionnels de santé libéraux [Thèse]. Lille : Faculté de Médecine de Lille, Université Lille 2 Droit et Santé ; 2016. 67p.
- [12] Hermus MAA, Wiegers TA, Hitzert MF, et al. The Dutch Birth Centre Study: study design of a programmatic evaluation of the effect of birth centre care in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15:148. doi:10.1186/s12884-015-0585-1.148.

- [13] Wieggers T. Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. *Journal Neonatal Nursing*. 2006 Aug 17;12,163-171.
- [14] Baas CI, Wieggers TA, Cock TP. Experience with and amount of postpartum maternity care: Comparing women who rated the care they received from the maternity care assistant as 'good' or 'less than good care'. *Midwifery*. 2017 Sep 19;55:128–136.
- [15] Jones E, Taylor B, MacArthur C. The effect of early postnatal discharge from hospital for women and infants: a systematic review protocol. *Jones et al. Sys Rev*. 2016 Feb 8;5:24.
- [16] Schmied V, Bick D. Postnatal care - Current issues and future challenges. *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):571-574.
- [17] Hussain CJ, Marshall JE. The effect of the developing role of the maternity support worker on the professional accountability of the midwife. *Midwifery*. 2011 May 16;27(3):336–341.
- [18] Johansson K, Aarts C, Darj E. First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Ups J Med Sci*. 2010 May 5;55:128-136
- [19] Johansson K, Darj E. What type of information do parents need after being discharged directly from the delivery ward? *Uppsala J Med Sci*. 2009 Jul 12. 109: 229–238.
- [20] Barimani M, Vikström A. Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*. 2015 Apr 13;31(8):811-817.
- [21] Sénat MV, Sentilhes L, Battut A. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2016 Apr 23;44:1067.
- [22] Boubred F, Herlenius E, Andres V. Morbidité néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm et Marseille. *Arch Pediatr*. 18 Dec 2015;23(3):234-40.
- [23] Hascoët JM, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. *Arch Pediatr*. 24 Jul 2014; 21:1053-1059.
- [24] Chanot A, Semet JC, Arnaud C. Sorties précoces de maternité et hospitalisation à domicile : expérience ariégeoise. *Arch Pediatr*. 5 Oct 2009;16(6):706-708.
- [25] Lindberg I, Christensson K, Öhrling K. Parents' experiences of using videoconferencing as a support in early discharge after childbirth. *Midwifery*. 2007 Jun 16;25(4):357-65.

7 ANNEXES

Annexe 1 : Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile. Paris – HAS - 2014

CRITERES

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.

CRITERES

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 : 1re 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.

Annexe 3 : Proposition de protocole de prise en charge à domicile des patientes sorties ultra-précocement

Proposition MORETAU Eléa	PROCEDURE « sortie ultra-précoce » Organisation des soins à domicile après sortie ultra-précoce pour la mère	Date : mai 2018 Version : 01
-------------------------------------	---	---

Description du processus

Qui fait ?	Quoi ?	Outils
<p>Sage-femme du service de maternité</p> <p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer</p> <p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer</p>	<pre> graph TD A[Patiente pour laquelle une sortie ultra-précoce peut être réalisée] --> B[Sortie le jour de l'accouchement] A --> C[Sortie le lendemain de l'accouchement] B --> D[0 nuit d'hospitalisation] C --> E[1 nuit d'hospitalisation] D --> F[Hospitalisation en maternité de courte durée, sortie préparée le jour même de l'accouchement] E --> G[Hospitalisation en maternité de courte durée, sortie préparée le lendemain de l'accouchement] F --> H[Contact téléphonique ou vidéoconférence à domicile le jour de la sortie] G --> H H --> I[Organisation du suivi en fonction des besoins] I --> J[Première visite le lendemain de la sortie Examen clinique initial de la mère et de l'enfant et test auditif de l'enfant Explications soins maternels et néonataux (bain) + <u>Suivi psychologique</u> : évoquer le vécu de l'accouchement, et du retour à domicile + <u>Suivi allaitement maternel</u> : évoquer les premières difficultés, explications de la montée laiteuse Ou <u>Suivi alimentation artificielle</u> : conseils sur la préparation des biberons et leur fréquence] </pre>	<p>Checklist de sortie</p> <p>Lettre de transmissions et ordonnances</p> <p>Checklist de sortie et lettre de transmissions</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens de santé et soins</p> <p>Matériel pour aide à l'alimentation (bouts de sein, tire-lait, prospectus, réglette de préparation des biberons...)</p>



<p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer accompagnée d'une auxiliaire de puériculture</p>	<p style="text-align: center;">▼</p> <p>Deuxième visite le deuxième jour après la sortie</p> <p>Examen clinique de la mère et de l'enfant, test de dépistage des maladies métaboliques si le nouveau-né a trois jours de vie</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : évoquer les premiers jours à domicile et l'organisation des parents qui se met en place</p> <p>+ <u>Suivi allaitement maternel</u> : Surveillance du déroulé de l'allaitement, conseils supplémentaires, positionnements</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : Explications sur les besoins en apports nutritionnels de l'enfant</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux et dépistage</p>
<p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer</p>	<p style="text-align: center;">▼</p> <p>Troisième visite le troisième jour après la sortie</p> <p>Examen clinique de la mère et de l'enfant, test de dépistage des maladies métaboliques si le nouveau-né a trois jours de vie</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : surveillance de la montée laiteuse</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux, soins et dépistage</p>
<p>Auxiliaire de puériculture du foyer</p>	<p style="text-align: center;">▼</p> <p>Quatrième visite le quatrième jour après la sortie</p> <p>Examen de l'enfant</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : surveillance de la montée laiteuse</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p style="text-align: center;">▼</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux</p>

<p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer</p>	<p>Cinquième visite le cinquième jour après la sortie</p> <p>Examens cliniques de la mère et de l'enfant</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : suivi de l'allaitement, déroulé</p> <p>Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux</p>
<p>Auxiliaire de puériculture du foyer</p>	<p>Sixième visite le septième jour après la sortie</p> <p>Examen de l'enfant</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : suivi de l'allaitement, déroulé</p> <p>Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux</p>
<p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer</p>	<p>Septième visite le huitième jour après la sortie</p> <p>Examens cliniques de la mère et de l'enfant</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : suivi de l'allaitement, déroulé</p> <p>Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux</p>
<p>Sage-femme libérale ou de PMI référente du foyer OU une auxiliaire de puériculture</p>	<p>Visite(s) supplémentaire(s) sur demande, orientée en fonction des besoins, jusqu'à deux fois</p> <p>Examens cliniques de la mère de l'enfant</p> <p>+ <u>Suivi psychologique</u> : réponse aux questions, conseils</p> <p>+ <u>Suivi de l'allaitement maternel</u> : suivi de l'allaitement, déroulé</p> <p>Ou</p> <p><u>Suivi alimentation artificielle</u> : réponse aux questions, conseils</p>	<p>Dossier médical</p> <p>Carnet de santé</p> <p>Matériel pour examens médicaux</p>

<p>Médecin traitant, ou pédiatre libéral ou médecin de PMI</p> <p>Professionnel de santé ayant suivi la grossesse (sage-femme libérale ou gynécologue) + sage-femme libérale</p>	<p style="text-align: center;">En supplément obligatoire</p> <div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Du sixième au onzième jour de vie de l'enfant</p> <p style="text-align: center;">Examens en cabinet médical ou en PMI par un médecin généraliste ou un pédiatre</p> <p style="text-align: center;">Programmation des vaccins</p> </div> <p style="text-align: center;">Sur demande</p> <div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Réorientation vers d'autres professionnels de santé au besoin</p> </div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Visite médicale pédiatrique à un mois de vie de l'enfant</p> <p style="text-align: center;">Examen clinique de l'enfant</p> <p style="text-align: center;">Puis suivi une fois par mois, avec début des vaccins à 2 mois</p> </div> <p style="text-align: center;">ET</p> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Visite post-natale pour la mère</p> <p style="text-align: center;">Examen clinique de la mère</p> <p style="text-align: center;">Modification et suivi de la contraception au besoin</p> <p style="text-align: center;">Début de la rééducation périnéale, 10 séances adaptées à l'examen clinique spécifique de la mère</p> <p style="text-align: center;">Puis suivi une fois par an pour la mère pour contraception et frottis cervico-vaginal tous les 3 ans à partir de 25 ans</p> </div>	
--	--	--

L'organisation des soins à domicile dans le cadre des sorties ultra-précoces après l'accouchement

Home-based postnatal care organisation after early discharge from maternity hospital

E. MORETAU. *Ecole de sage-femme du CHR Metz-Thionville, Île du Saulcy, 57050 Metz* (Rendu le 14 mai 2018)

RESUME : Introduction – Le retour à la physiologie dans le domaine de l'obstétrique est un souhait de plus en plus présent dans les maternités françaises. Ce souhait se traduit par la demande des sorties ultra-précoces en France qui augmente, sur le modèle des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suède.

Méthodologie – L'état des lieux des pratiques françaises, hollandaises, anglaises et suédoises a été réalisé à travers une revue de la littérature.

Résultats – Les sorties ultra-précoces après l'accouchement en Europe sont faites respectivement au bout de quelques heures aux Pays-Bas, quatre à six heures au Royaume-Uni et six heures en Suède. En France, le séjour moyen à la maternité dure soixante-douze heures. Le suivi à domicile est réalisé dans ces quatre pays majoritairement par des sages-femmes. Elles sont accompagnées d'un autre professionnel de santé : les « Maternity Care Assistants » (MCA) aux Pays-Bas et « Maternity Support Workers » au Royaume-Uni (MSW).

Discussion – Le suivi à domicile organisé dans les trois pays européens présentent de nombreux avantages et quelques inconvénients. En France, le suivi à domicile semble insuffisant pour organiser des sorties ultra-précoces. Il peut s'inspirer des modèles européens, et renforcer des systèmes déjà existants, notamment dans le secteur libéral mais aussi des structures comme la Protection Maternel et Infantile et l'Hospitalisation à domicile, ou en créer de nouveaux, sur l'image des MCA et MSW. Le secteur informatique peut également se développer, à travers la vidéoconférence, un forum ou une messagerie instantanée.

Conclusion – Les pratiques européennes peuvent être adaptables en France, avec des changements drastiques de l'organisation des soins mais qui s'avèrent réalisables.

MOTS CLES : Sorties ultra-précoces, Post-partum, Organisation de soins, Réseau de soins, Sage-femme

ABSTRACT : Introduction – The wish of physiology in obstetric is more and more present in the French maternities. This wish is reflected by the demand for very early discharges in France, which is increasing, on the model of the Netherlands, the United Kingdom and Sweden.

Methodology – The state of knowledge of current practices from France, Netherlands, United-Kingdom and Sweden was made with review articles.

Results – Very early discharge after delivery in Europe are made after a few hours in Netherlands, four to six hours in United-Kingdom and six hours in Sweden. In France, hospital stay lasts currently seventy-two hours. Home-based follow-up is mostly made by midwives. They are accompanied by an other healthcare professional : the maternity care assistants in Netherlands and maternity support workers in United-Kingdom.

Discussion – Home-based follow-up organized in the three european countries offer many benefits and some drawbacks. In France, home-based follow-up seems to be insufficient to organize very early discharges. This system can be inspire by European models and strengthen already existing systems, in particular in liberal sector and also for organization like PMI and home-based hospitalisation, or create new ones, just like MCA and MSW. High tech sector can also be developped, with videoconferencing, forum or live chat.

Conclusion – European practices can be adapted in France, with some hard but achievable changes.

KEYWORDS : Very early discharge, Postpartum, Care organisation, Care network, Midwife

