

Recommandation de bonne pratique

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

Mars 2014

Préambule

Contexte Objectifs Définitions et population concernée Limites Peut-on définir une durée optimale de séjour en maternité ? 

Quelles sont les conditions « optimales » pour une sortie ?

Informers les femmes et/ou le couple Définir une population à bas risque S'assurer de l'existence d'un accompagnement adéquat à la sortie de la maternité Quel suivi mettre en place après la sortie de maternité ? 

Modes d'accompagnement et organisation du suivi en *post-partum*

Professionnels impliqués et modes d'accompagnement Continuité et coordination des soins Cahiers des charges et organisation du suivi pour la mère et pour l'enfant Les outils Pour en savoir plus 



L'ANAES a publié en mai 2004 des recommandations pour la pratique clinique sur « La sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour précoce à domicile ».

L'actualisation de ces recommandations relève d'une auto-saisine de la HAS, et elle a été étendue à la sortie de maternité sur décision de la Commission de Recommandations de Bonne Pratique.

L'actualisation porte d'une part sur les modalités de prise en charge existantes :

1. Les recommandations publiées par la HAS sur « **Les situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile en ante et post-partum pathologique** » (juin 2011) n'ont pas abordé le champ du *post-partum* physiologique : la place de l'HAD reste donc à redéfinir, au regard des autres modalités possibles, en prenant en compte les différents aspects médicaux, organisationnels et d'efficience.
2. Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) mis en place par l'Assurance maladie s'étend au niveau national en 2013.

L'actualisation porte d'autre part sur la surveillance médicale à mettre en place :

3. Une résurgence de l'ictère nucléaire a été signalée par un communiqué de l'Académie de Médecine en novembre 2010.
4. Le dépistage néonatal est étendu au dépistage d'une maladie métabolique supplémentaire, le déficit en MCAD (Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne) (HAS, juillet 2011) et l'arrêté du 23 avril 2012 prévoit l'organisation du dépistage néonatal de la surdité permanente néonatale.

Par ailleurs, le paysage obstétrical français s'est profondément modifié : les fermetures et fusions des petites maternités et la mise en réseau des autres établissements ont eu pour conséquence une diminution du nombre de lits en maternité alors que le nombre de naissances a globalement augmenté.

Les séjours en maternité se sont donc progressivement raccourcis. L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a également favorisé cette diminution dans un souci d'équilibre budgétaire des hôpitaux. Le temps d'observation des enfants nés en maternité s'est donc réduit d'autant, alors que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours¹.

Enfin, différentes enquêtes récentes ont montré que les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse et au moment de la naissance, mais qu'il existe un manque d'accompagnement, jugé insuffisant, lors de leur sortie de maternité et de leur retour à domicile.



- Définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans le contexte du bas risque ;
- Prévenir l'apparition de complications néonatales et maternelles du *post-partum* ;
- Diminuer le risque de situations évitables graves.

1. Vert P, Arthuis M. La première semaine de la vie. Bull Acad Nat Méd 2005;189(5):1031-9.





Les recommandations ci-après concernent les conditions « optimales » et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité permettant un retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés dans des circonstances favorables.

Elles s'adressent **aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social**. Les couples mère-enfant présentant des pathologies ou des facteurs de risque doivent bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement médical et/ou social spécifique et complémentaire qui ne seront pas détaillés dans ces recommandations.

- Pour la naissance d'un nouveau-né singleton, eutrope et en l'absence de complications pour la mère, **la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de :**
 - [96 heures après un accouchement par voie basse](#) ;
 - [120 heures après un accouchement par césarienne](#).
- **Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :**
 - au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse² ;
 - au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.
- La notion de sortie de maternité dans des conditions « optimales » repose sur plusieurs concepts :
 - intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
 - délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
 - maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
 - utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

Limites



- Sont exclues du champ de ces recommandations :
 - l'organisation des sorties et ;
 - la prise en charge en *post-partum* des femmes et des enfants présentant des pathologies ou des facteurs de risque psychiques et/ou sociaux.

2. Cette définition vient abroger la définition des sorties précoces formulée dans les recommandations de l'ANAES en 2004.





Les expériences étrangères ont principalement montré qu'une fois le bas risque défini, la durée de séjour en maternité était peu discriminante, sous condition qu'un suivi médical soit assuré après la sortie.

L'expérience des États-Unis en ce domaine a montré qu'un encadrement organisationnel (et réglementaire) permettait de prévenir les conséquences négatives des sorties de maternité trop précoces et/ou insuffisamment préparées.

L'analyse de la littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour les mères à bas risque médical, psychique et social. L'adaptation progressive du nouveau-né à la vie extra-utérine et la stabilisation des fonctions vitales nécessitent une surveillance pendant les premiers jours de vie.

C

Dans l'état actuel des données de la littérature, il apparaît qu'une fois le bas risque correctement défini, la durée de séjour à la maternité n'est pas discriminante pour la mère et le nouveau-né.

La durée optimale du séjour serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur.





La sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipées avant la naissance car la durée du séjour en maternité est courte.

Actuellement en France, le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum serait relativement important (de 15 à 35 % en fonction des études), du fait d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité. D'une manière générale, ces difficultés ne seraient pas directement imputées à la durée du séjour, puisque près des trois quarts des femmes interrogées jugeaient leur durée d'hospitalisation à la maternité adéquate.

Le 3^e trimestre de grossesse semble être un moment idéal pour informer les femmes et les couples car ceux-ci seraient plus à même d'anticiper le moment de la naissance et du retour à domicile.

Recommandations sur l'information des femmes et/ou du couple pour une sortie de la maternité dans des conditions optimales

Modalités d'information	
AE	Il est recommandé que chaque femme enceinte et/ou couple reçoive, au cours du 3^e trimestre de la grossesse et avant la naissance , des informations concernant le séjour à la maternité, le <i>post-partum</i> et le retour à domicile après l'accouchement.
	Il est recommandé qu'un document écrit, reprenant les informations données oralement, soit proposé aux femmes et/ou couples par le professionnel de santé (cf. Document d'information).
	Il est recommandé que l'information soit dispensée par un professionnel connaissant le fonctionnement du service et les ressources locales disponibles à la sortie. Il peut s'agir du professionnel assurant le suivi de la grossesse ou d'un professionnel de la maternité et/ou du réseau de santé en périnatalité ou de proximité auquel appartient l'établissement.
	Des informations sur le post-partum et le retour à domicile sont déjà dispensées lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est recommandé que l'information soit réitérée et complétée lors de consultations prénatales, réunions d'information, etc. (modalités suivant l'organisation de chaque service ou réseaux) et pendant le séjour en maternité.
Contenu des informations	
AE	Il est recommandé d'informer les femmes et/ou les couples sur les événements du <i>post-partum</i> (particulièrement pour les primipares) : modifications physiologiques pour la mère et pour l'enfant, soins, conseils en puériculture, troubles éventuels pouvant survenir, leur prévention et leur surveillance (signes d'alerte).
	Il est recommandé d'informer les femmes sur le déroulement du séjour à la maternité et l'organisation du retour à domicile.
	Les informations fournies doivent tenir compte des spécificités propres à chaque service et des ressources disponibles au niveau local après la sortie : modes de prise en charge possibles avec leurs avantages et contraintes respectives, modalités d'accès aux soins et professionnels pouvant être contactés, rôle et coordonnées d'associations d'usagers.
	La notion de professionnel de santé « réfèrent du suivi » doit être évoquée (cf. § « Continuité et coordination des soins »).
Informations spécifiques à donner en cas de sortie anticipée de la maternité	
AE	Lorsqu'une sortie précoce de la maternité a été envisagée par la femme et/ou le couple, il est important de préciser aux parents qu'ils restent libres d'exprimer leurs souhaits et ressenti après l'accouchement, que ce projet est révisable, mais qu'en aucun cas une sortie précoce ne pourra leur être imposée.
	Les parents doivent avoir été informés que des motifs d'ordre médical, psychique ou social peuvent nécessiter à tout moment de renoncer au retour précoce à domicile souhaité.
	Les parents doivent avoir été informés de la nécessité d'une vigilance particulière et d'un suivi médical pendant les premiers jours à domicile, afin de repérer les signes d'appel de pathologies néonatales et pour prévenir les risques de complications qui nécessiteraient une réhospitalisation dont les conditions et les modalités sont à préciser.



Recommandations sur l'information des femmes et/ou du couple pour une sortie de la maternité dans des conditions optimales (suite et fin)

Informations à destination des professionnels de la maternité

	Les éléments d'information communiqués y compris le nom du professionnel référent du suivi doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme.
AE	En regard, un professionnel de santé « référent de la maternité » est à identifier au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice...) afin de répondre le cas échéant aux demandes d'information et d'avis du professionnel référent du suivi assurant l'accompagnement en <i>post-partum</i> concernant la mère et l'enfant.

→ Un **document d'information** sur l'organisation du retour à domicile et du suivi postnatal destiné aux femmes a été élaboré dans le cadre de ces recommandations.

Définir une population à bas risque



En fonction des critères définissant ci-après le bas risque maternel et pédiatrique, et d'un échange au cours du séjour en maternité avec la mère et/ou le couple permettant de prendre en compte le/leur souhait (confirmation ou révision du souhait anténatal), l'équipe médicale détermine la date de sortie appropriée pour la mère et son enfant.

En cas de sortie de la mère contre avis médical³, l'organisation d'un suivi en *post-partum* à domicile est recommandée.

Pour la mère
en cas de sortie après une durée
de séjour standard

Pour l'enfant
en cas de sortie après une durée
de séjour standard

Pour la mère
en cas de sortie précoce

Pour l'enfant
en cas de sortie précoce

Prévention des
hyperbilirubinémies sévères

3. Art. 1112-62 du code de santé publique.





Les critères permettant de définir le bas risque maternel pour un retour à domicile après un accouchement sont semblables dans différents pays (France, Grande-Bretagne, États-Unis, Nouvelle-Zélande). Les critères retrouvés dans la littérature concernaient principalement des sorties précoces de la maternité (définition variable de la durée de séjour en maternité de 12 heures à 48 heures après l'accouchement selon les études).

Une liste de critères a été établie afin d'identifier les femmes à bas risque médical, psychique et social en cas d'une sortie après une durée de séjour standard. L'objectif est de sélectionner des femmes ayant eu un accouchement par voie basse ou une césarienne pour lesquelles le risque de complications du *post-partum* est le plus faible.

Tableau 1. Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard (entre 72 et 96 h après un accouchement par voie basse ou entre 96 et 120h après une césarienne)

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

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

Cas particulier

AE	En présence d'une situation repérée de vulnérabilité psychique ou sociale, de conduites d'addiction ou de dépendances sévères, un accompagnement médical et/ou social adapté doit avoir été anticipé et programmé en amont au cas par cas .
-----------	--



AE	Il est recommandé de tout mettre en œuvre pour permettre au nouveau-né de sortir de la maternité en même temps que sa mère.
-----------	---

Une liste de critères a été établie afin d'identifier les nouveau-nés à bas risque dans le cas d'une sortie après une durée de séjour standard de maternité.

L'objectif est de sélectionner des nouveau-nés pour lesquels le risque de complications néonatales est le plus faible.



Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard (entre 72 et 96 h après une naissance par voie basse ou entre 96 et 120h après une naissance par césarienne)

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

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

Pour la mère en cas de sortie précoce



Dans le cas particulier où la mère et/ou le couple souhaite opter pour une sortie précoce de la maternité (sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne), il est recommandé que :

- la mère et/ou le couple ait donné son accord,
- les critères ci-après soient validés pour la mère et l'enfant,

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne)

Critères	
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions 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 <i>post-partum</i> immédiat***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thrombo-emboliques
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, autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale... ; ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc. ; *** pertes sanguines estimées supérieures à 1500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.





Pour envisager une sortie précoce dans des conditions optimales, les critères pédiatriques retenus sont les suivants.

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après une naissance par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une naissance par césarienne)

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

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

NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard sont surlignées.

Deux formulaires listant les critères maternels et pédiatriques retenus pour définir une population à bas risque sont proposés en annexe 1 :

- l'un est à compléter **en cas de sortie précoce** ;
- l'autre **en cas de sortie après une durée de séjour standard**.



Rappel des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère⁴

- un âge gestationnel inférieur à 38 SA ;
- un ictère survenant dans les 24 premières heures de vie ;
- des antécédents dans la fratrie d'ictère traité par photothérapie ;
- une histoire familiale évocatrice de maladies hémolytiques (incompatibilité fœtomaternelle, déficit en G6PD...) ;
- l'existence d'hématome et/ou de céphalématome ;
- un enfant dont les parents sont originaires d'Asie, d'Afrique ou des Antilles.

4. D'après les recommandations de l'*American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. Pediatrics* 2004;113(5):1434-6 et du *National Institute for Health and Clinical Excellence. Neonatal jaundice*. London: RCOG; 2010.



La relation entre l'allaitement exclusif et l'ictère sévère ne pose de problèmes qu'en cas de difficultés de mise en place de l'allaitement entraînant une déshydratation relative. Cette situation incite à la prudence. **Elle justifie un accompagnement, un soutien et une surveillance de la mise en place de l'allaitement maternel en maternité mais également après la sortie**⁵. Une prise de poids insuffisante ou une perte de poids > 8% du poids de naissance doit inciter à une vigilance particulière.

Modalités d'organisation de la sortie relatives à l'ictère et à la prévention des hyperbilirubinémies sévères

AE	L'évaluation du risque d'ictère doit être intégrée au raisonnement précédant une décision de sortie de maternité.
	Pour chaque enfant, la réalisation d'un profil évolutif de l'ictère calqué sur le nomogramme, associée à la reconnaissance des facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère, permet d'assurer une sortie dans des conditions de sécurité optimales et permet ainsi de réduire les risques de réhospitalisation pour hyperbilirubinémie.
	Les modalités de suivi de l'ictère doivent : <ul style="list-style-type: none"> ● être opérationnelles dans les 24h après une sortie précoce de la maternité ; ● permettre une quantification de l'ictère (dosage de la BS ou de la BTC) ; ● permettre une évaluation clinique de l'enfant (pesée) et de l'allaitement (observation d'une tétée) ; ● identifier un circuit de retour éventuel (si nécessaire) vers un établissement de soins.
	Les parents doivent être informés avant la sortie, des signes d'alerte et du circuit à consulter (cf. document d'information).
	Il est recommandé d'inscrire les données concernant l'ictère dans le carnet de santé de l'enfant, ou de mentionner ces informations (facteurs de risque, profil évolutif, diagnostic et résultats des dosages) sur la fiche de liaison (cf. Annexe 2) destinée à/aux professionnel(s) qui assure(nt) le suivi.

S'assurer de l'existence d'un accompagnement adéquat à la sortie de la maternité



Deux séances postnatales peuvent être réalisées par une sage-femme (celle-ci peut être le professionnel référent du suivi, sinon celui-ci doit être défini et précisé) **entre le 8^e jour suivant l'accouchement et la visite postnatale** (examen médical de la mère réalisé entre 6 et 8 semaines après l'accouchement). Il s'agit de « séances individuelles, réalisées au cabinet ou à domicile, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents⁶ ». Elles sont actuellement prises en charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité.

Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un « entretien postnatal précoce » (réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l'accouchement) permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité.

Les associations d'usagers peuvent également apporter un soutien important aux parents : écoute, forums en ligne, réunions de groupe etc.

AE

Il est recommandé de donner à chaque femme qui le souhaite, la possibilité de bénéficier de ces deux séances postnatales afin de proposer systématiquement un entretien postnatal précoce.

5. D'après les recommandations de l'ANAES, Allaitement maternel mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.

6. Journal Officiel du 22 avril 2008.





Paramètres de surveillance pour la mère



Paramètres de surveillance pour l'enfant en cas de sortie après une durée de séjour standard



Paramètres de surveillance pour l'enfant en cas de sortie précoce

Paramètres de surveillance pour la mère



L'objectif de la surveillance des mères est de dépister et prévenir les complications fréquemment retrouvées en *post-partum*.

Après une sortie précoce ou une sortie après une durée de séjour standard de maternité, la surveillance en *post-partum* des mères doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 5. Paramètres de surveillance en *post-partum* des femmes à bas risque après la sortie de la maternité

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

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



**→ Les objectifs de la surveillance de l'enfant sont :**

- de dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de complications imposant une réhospitalisation après la sortie (notamment ictère, pathologie infectieuse, cardiopathies ducto-dépendantes non diagnostiquée auparavant) ;
- de s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace et le cas échéant d'un allaitement maternel bien instauré ;
- d'effectuer ou s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (tests de dépistage néonatal) ;
- de s'assurer de l'instauration d'un lien mère enfant de bonne qualité.

Pour envisager un retour à domicile dans des conditions optimales suite à une durée de séjour comprise entre 72 et 96h en cas d'accouchement par voie basse (ou entre 96 et 120h en cas de césarienne), la surveillance de l'enfant doit comprendre les paramètres suivants.

Tableau 6. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile en cas de sortie après une durée de séjour standard (entre 72 et 96h en cas d'accouchement par voie basse ou entre 96 et 120h en cas de césarienne)

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

**→ Les objectifs de la surveillance de l'enfant sont :**

- de dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de complications imposant une réhospitalisation après la sortie (notamment ictère, pathologie infectieuse, cardiopathies ducto-dépendantes non diagnostiquée auparavant) ;
- de s'assurer de la mise en place d'une alimentation efficace et le cas échéant d'un allaitement maternel bien instauré ;
- d'effectuer ou s'assurer de la réalisation des dépistages réglementaires (tests de dépistage néonatal) ;
- de s'assurer de l'instauration d'un lien mère enfant de bonne qualité.

Pour envisager un retour précoce à domicile dans des conditions optimales, la surveillance de l'enfant doit comprendre les paramètres suivants.



Tableau 7. Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures après une naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après une naissance par césarienne)

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

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





Différents professionnels de santé qualifiés peuvent assurer le suivi et l'accompagnement de la mère et de l'enfant en période postnatale.

→ Les sages-femmes :

- **libérales** : elles interviennent à domicile ou dans leur cabinet, qu'elles soient choisies par la femme durant sa grossesse, sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement ou identifiées dans le cadre du PRADO ;
- **de PMI** : selon les ressources disponibles au sein du département, elles peuvent se rendre au domicile ou assurer des consultations dans les centres de PMI ;
- **hospitalières** : détachées, elles peuvent se rendre au domicile des parents (dans un périmètre défini autour de l'établissement de santé), voire assurer des consultations dans l'établissement même ou dans un centre périnatal de proximité.

→ Les médecins libéraux :

- généralistes, pédiatres, gynécologue-obstétriciens, gynécologues médicaux, psychiatres et pédopsychiatres notamment sont susceptibles d'assurer le suivi de la mère ou celui de l'enfant en *post-partum*, le plus souvent au sein de leur cabinet.

En cas de pathologie maternelle ou néonatale durant le *post-partum*, la sage-femme réfèrera la femme vers un médecin et pourra éventuellement pratiquer les soins prescrits par celui-ci. En cas de découverte ou de suspicion de pathologie chez le nouveau-né, celui-ci devra être réorienté vers un pédiatre ou un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.

→ D'autres professionnels ou structures peuvent également intervenir de façon coordonnée dans la prise en charge et le suivi de la mère et de l'enfant :

- infirmières puéricultrices diplômées d'état (de PMI notamment), auxiliaires de puériculture, consultants en lactation psychologues, assistantes sociales (établissement de santé ou de collectivités locales...) et techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF).

→ Le rôle des associations d'usagers en lien avec les réseaux locaux de santé en périnatalité doit également être valorisé (soutien à l'allaitement et à la parentalité, écoute en cas de difficultés, services d'aide à domicile, etc).

→ L'hospitalisation à domicile (HAD) ne doit pas être envisagée pour assurer le suivi *post-partum* d'une mère et de son nouveau-né ne présentant pas de pathologies (cf. § Population à bas risque).

Continuité et coordination des soins



Le professionnel « référent de maternité »

Le professionnel « référent du suivi »

Les réseaux

Outils

Implication de la patiente et du couple



Le professionnel « référent de maternité »



Il est à identifier au sein de l'établissement (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puéricultrice...) afin de répondre le cas échéant aux demandes d'information et d'avis du professionnel référent du suivi assurant l'accompagnement en *post-partum* concernant la mère et l'enfant.

→ Ses coordonnées doivent être inscrites sur la **fiche de liaison maternité/ville**.

Le professionnel « référent du suivi »



Intervenant principal après la sortie de maternité, il est choisi par la femme et/ou le couple, et peut être une sage-femme libérale ou une sage-femme d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ou un médecin (généraliste ou spécialiste).

Ce référent est responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile. Il coordonne les différents professionnels impliqués.

Il est en charge du repérage des situations à risque et de l'orientation de la femme vers d'autres professionnels en cas de complications. Il conseille également la femme et le couple sur la planification des soins futurs (sur le premier mois) pour la mère et l'enfant.

Il est recommandé d'inciter les parents à choisir dès la période anténatale ce professionnel référent du suivi dans le cadre de l'organisation du parcours de soins (sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, gynécologue-obstétricien) ; un premier contact peut être établi avant la naissance. Sa désignation devrait permettre d'optimiser la prise en charge des mères et enfants en post-partum.

Pour une meilleure continuité de la prise en charge, le professionnel de santé ayant suivi la femme en anténatal est à privilégier systématiquement.

Le nom et les coordonnées du professionnel référent du suivi choisi doivent être mentionnés dans le dossier médical de la femme sur le formulaire d'« **Éligibilité des mères et des nouveau-nés en cas de sortie précoce** » ou celui d'« **Éligibilité des mères et des nouveau-nés en cas de sortie après une durée de séjour standard** » et la « **Fiche de suivi** ».

Les réseaux



Le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux en périnatalité existants est à privilégier car les avantages sont multiples, notamment en termes d'organisation de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés : une bonne coordination des services hospitaliers avec ceux de ville est en effet indispensable à une bonne continuité des soins et au bon fonctionnement d'un programme de suivi des femmes à la sortie de la maternité.

Les réseaux de santé en périnatalité sont les plus à même de connaître les spécificités de leur territoire et communauté (professionnels et structures de soins vers lesquels peuvent être orientés les femmes et/ou les nouveau-nés).

Le travail en réseau permet également de développer des liens de confiance entre les différents intervenants (hospitalier ou de ville) : il permet aussi d'assurer une cohérence du discours et des pratiques, et facilite les réorientations pour avis médical le cas échéant.

Outils



Afin d'améliorer le parcours de soins des femmes après la sortie de la maternité, outre le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) lorsqu'il est disponible, plusieurs outils devraient également être utilisés, notamment :

→ [Identification d'un référent de maternité et de contacts téléphoniques en maternité \(numéro direct 7J/7\)](#) pour chaque femme et nouveau-né, afin que le professionnel de ville puisse l'appeler si nécessaire (procédure de réorientation, demande d'information etc).

→ **Fiche de liaison maternité/ville** facilitant la circulation de l'information entre les deux parties : remise en plusieurs exemplaires à la patiente à sa sortie de la maternité, elle mentionne les données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né à transmettre au référent du suivi et autres acteurs (sage-femme, médecin traitant, pédiatre). Une copie est à conserver dans le dossier médical de la mère.



- **Compte-rendu du suivi en *post-partum* immédiat** permettant le retour d'informations vers l'établissement (même en l'absence de complications survenues en postnatal) afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de renforcer la collaboration ville-hôpital.
- **Conventions locales** permettant la réhospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né : en cas de réhospitalisation de la mère, l'accueil du nouveau-né doit être organisé.

Implication de la patiente et du couple



L'implication et la participation active des parents dans l'organisation de la sortie de la maternité (recherche durant la période anténatale d'un professionnel référent du suivi après l'accouchement et planification des rendez-vous avec lui) est à privilégier, ceci d'autant plus que l'on se situe dans un contexte de bas risque.

Cahiers des charges et organisation du suivi pour la mère et pour l'enfant



Cahier des charges pour la mère et l'enfant en cas de sortie après une durée de séjour standard

Cahier des charges pour la mère et l'enfant en cas de sortie précoce

Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie

Cahier des charges pour la mère et l'enfant en cas de sortie après une durée de séjour standard



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

- **1^{re} visite** : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie.
- **2^e visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

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





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

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

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

Parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie



Le nouveau-né bénéficie de **2 examens à la maternité** :

- un examen dans les 2 heures suivant sa naissance réalisé par une sage-femme ou un pédiatre et ;
- un examen avant toute sortie de la maternité.

Pour ce dernier, il est recommandé que le nouveau-né soit examiné **par un pédiatre et que cet examen soit réalisé impérativement après 48h et avant la sortie de maternité, voire le jour de la sortie en cas de sortie précoce**. Cet examen a notamment pour but de s'assurer que le nouveau-né ne présente pas de pathologies ou facteurs de risque particuliers nécessitant de le considérer comme un enfant « à risque ». Une fois le « bas risque » attesté par un pédiatre, le suivi du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un **nouvel examen soit réalisé entre le 6^e et le 10^e jour postnatal, de préférence par un pédiatre⁷**, ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6^e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire.

Un autre examen du nouveau-né peut-être organisée **entre le 11^e et le 28^e jour postnatal**, selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice), dont le but est de vérifier :

- la récupération du poids de naissance ;
- la bonne prise alimentaire (transit régulier, absence de vomissement) ;
- la bonne mise en place de l'allaitement maternel ;
- l'absence d'ictère ou le caractère non pathologique de celui-ci : bon tonus, bon éveil, prise alimentaire suffisante, selles normalement colorées, urines claires ; en cas de doute clinique apprécier son intensité par une mesure de la BTC (estimation) ou de la BS ;
- l'absence d'éléments en faveur d'une infection (absence d'hyperthermie ou hypothermie) ;
- l'absence de détresse respiratoire (fréquence respiratoire inférieure à 60/mn au repos) ;
- la bonne instauration du lien mère-enfant et du lien parents-enfant.

Deux schémas reprennent :

- le « **parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie** » ;
- l'autre « **en cas de sortie précoce** ».

7. Consultation spécifique créée (sur décision UNCAM du 20 décembre 2011 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie) comme « consultation entre la sortie de maternité et le 28^e jour ».





Les outils



- Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie de la maternité après une durée de séjour standard
- Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie précoce de la maternité
- Fiche de liaison : maternité → suivi en *post-partum* immédiat
- Compte-rendu du suivi en *post-partum* immédiat
- Document d'information
- Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour standard
- Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce





Abréviations

Méthodologie



Méthode
Recommandations pour la pratique clinique



Fiche descriptive

Abréviations



- BS :** Bilirubine sanguine.
- BTC :** Bilirubinémie transcutanée.
- G6PD :** Glucose-6-phosphate déshydrogénase.
- HTA :** Hypertension artérielle.
- MCAD :** Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne.
- PMI :** Protection Maternelle et Infantile.
- PRADO :** Programme d'accompagnement du retour à domicile.
- SA :** Semaine d'aménorrhée.





Les recommandations de bonne pratique sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode « Recommandations pour la pratique clinique (RPC) » est la méthode préférentielle à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit d'une méthode rigoureuse qui repose sur :

- la participation des professionnels et représentants des patients et usagers concernés par le thème de la RBP ;
- la transparence vis-à-vis de l'analyse critique de la littérature, de l'essentiel des débats et des décisions prises par les membres du groupe de travail, des avis formalisés des membres du groupe de lecture, de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de part : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de travail, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de travail.

Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (RPC) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet ;
- le chef de projet veille en particulier à ce que :
 - la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;
 - l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

→ Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes :

Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il comprend de façon optimale 15 à 20 membres :

- des professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses ;
- des représentants d'associations de patients et d'usagers ;
- et, si besoin, d'autres professionnels concernés et des représentants d'agences publiques.



Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour identifier, sélectionner, analyser la littérature et en rédiger une synthèse critique sous la forme d'un argumentaire scientifique ; il aide également à la rédaction des recommandations.

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de travail.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de travail et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de travail en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

Rédaction de la version initiale des recommandations

Les membres du groupe de travail se réunissent deux fois, voire plus si nécessaire, pour élaborer à partir de l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations rédigés par le ou les chargés de projet, la version initiale des recommandations qui sera soumise au groupe de lecture.

Groupe de lecture

De même composition qualitative que le groupe de travail, il comprend 30 à 50 professionnels et représentants de patients et d'usagers du système de santé élargis aux représentants des spécialités médicales, professions ou de la société civile non présents dans le groupe de travail.. Il est consulté par voie électronique (utilisation de l'outil informatique GRaAL disponible sur le site de la HAS) et donne un avis formalisé (cotations et commentaires) sur le fond et la forme de la version initiale des recommandations, en particulier sur son applicabilité, son applicabilité et sa lisibilité. Les membres du groupe de lecture peuvent donner aussi leur avis sur tout ou partie de l'argumentaire scientifique.

Version finale des recommandations

Les cotations et commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur(s) fiche(s) de synthèse, au cours d'une réunion de travail.

Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Comité de validation des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique, se référer au guide diffusé en janvier 2011 : « **Élaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode Recommandations pour la pratique clinique** ».

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.





Titre	Sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> → Définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leurs nouveau-nés sortis de maternité dans le contexte du bas risque → Prévenir l'apparition de complications maternelles du <i>post-partum</i> et néonatales → Diminuer le risque de situations évitables graves
Patients ou usagers concernés	Couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social
Professionnels concernés	Professionnels de maternité, libéraux et de centre de PMI : pédiatres, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, gynécologues médicaux, psychiatres, psychologues, pédopsychiatres, assistantes sociales et travailleurs sociaux
Demandeur	Autosaisine HAS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Jessica Layouni
Recherche documentaire	De janvier 2004 à juillet 2013 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 6 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mr Aurélien Danscoine, avec l'aide de Mme Laurence Frigère (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l'argumentaire	Mme Bénédicte Coulm, sage-femme, Paris ; Dr Claire Boithias, pédiatre, Kremlin-Bicêtre ; Dr Chritine Boissinot, pédiatre, Paris Mme Karine Petitprez, chef de projet de la HAS
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Jean-Michel Hascoët, pédiatre, Nancy), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique Adoption par le Collège de la HAS en mars 2014
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Document d'accompagnement	Document d'information (2013)



L'argumentaire scientifique de cette recommandation
et les outils associés sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

