

Mémoire original

## Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Île-de-France après une sortie précoce de maternité

### Early discharge from the maternity ward: telephone survey about the availability of private-practice and public health pediatricians in Île-de-France

R. Assathiany<sup>a,\*</sup>, V. Giacobbi<sup>b</sup>, M. Sznajder<sup>b</sup>

<sup>a</sup> 30, avenue Victor-Cresson, 92130 Issy-les-Moulineaux, France

<sup>b</sup> Service de pédiatrie, hôpital Ambroise-Paré, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne, France

Reçu le 20 juin 2005 ; accepté le 21 décembre 2005

Disponible sur internet le 20 février 2006

Ce travail a été réalisé avec l'aide du laboratoire Gallia. Les résultats ont été présentés partiellement à la journée des pédiatres de maternité d'Île-de-France le 15 juin 2004

#### Résumé

**Objectifs.** – Évaluer la possibilité et le délai, pour une mère et son nouveau-né, de consulter un pédiatre après une sortie précoce de maternité.

**Méthodes.** – Une demande de rendez-vous a été faite par téléphone, auprès de cabinets de pédiatrie et centres de PMI d'Île-de-France en mai 2004, par 2 enquêtrices se présentant comme des mères venant de sortir de maternité.

**Résultats.** – Sur les 99 cabinets de pédiatrie libérale contactés, 89 (89 %) donnaient un rendez-vous, le délai moyen d'attente étant de 4,4 jours. Cinquante-cinq centres de PMI sur 93 contactés (59 %) étaient en mesure de donner un rendez-vous par téléphone, le délai moyen d'attente étant de 18 jours.

**Conclusion.** – Cette étude faite au printemps 2004 en Île-de-France, montre la capacité des pédiatres ambulatoires à prendre en charge rapidement un nouveau-né peu de temps après une sortie précoce de maternité. Les centres de PMI, dont le fonctionnement est différent, donnent plus difficilement un rendez-vous par téléphone, avec un délai plus long. Ces résultats préliminaires concernent une région de forte densité pédiatrique et ils sont obtenus à une période donnée de l'année a priori des plus favorables à la gestion facile des rendez-vous. Ils ne peuvent donc être généralisés et ils doivent être le prélude à des enquêtes similaires portant sur d'autres régions et à des périodes différentes de l'année. Notre étude nous a conduits à discuter des différentes modalités de la prise en charge d'un nouveau-né après une sortie précoce de maternité, notamment dans la perspective de réseaux de soins en néonatalogie.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objectives.** – To assess the possibility and time period within which a mother and her newborn can consult a pediatrician after their early discharge from the maternity ward.

**Methods.** – In May 2004, 2 investigators presenting themselves as mothers just discharged from the maternity ward, called pediatricians' offices and public infant clinics (PMI centers) in the Paris metropolitan region, to request appointments.

**Results.** – Of 99 pediatricians' offices contacted, 89 (89%) offered appointments, for an average of 4.4 days later. Of the 93 PMI centers contacted, 55 (59%) offered appointments by telephone, with a mean waiting time of 18 days.

**Conclusion.** – This study, conducted in the spring of 2004 in the Paris metropolitan region, showed that private-practice pediatricians are capable of taking over management of newborns rapidly after early discharge from the maternity ward. It is more difficult to make appointments

\* Auteur correspondant. Association pour la recherche et l'enseignement en pédiatrie générale (AREPEGE), 18, rue Sainte-Sophie, 78000 Versailles, France.  
Adresse e-mail : [assathiany@wanadoo.fr](mailto:assathiany@wanadoo.fr) (R. Assathiany).

by telephone with PMI centers, which operate differently, and the delay is substantially longer. We underline that these results observed in a region with a high density of pediatricians and during a favourable period for managing appointments. Further studies are needed in other regions and at different periods. The management of newborns after early discharge from the maternity ward should be actually through the arising development of health networks.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Nouveau-né ; Maternité ; Pédiatrie libérale

*Keywords*: Appointments and schedules; Infant, newborn; Patient discharge; Evaluation studies

La sortie précoce de maternité après accouchement (SPM) est définie comme « le retour à domicile de la mère et de son nouveau-né dans les 48 heures qui suivent le jour de la naissance après un accouchement par voie basse non compliqué, et dans les 96 heures qui suivent le jour de la naissance, après un accouchement par césarienne sans complications » [1]. La SPM est un problème d'actualité, en raison de la tendance générale à un raccourcissement des séjours hospitaliers et des réflexions en cours sur l'organisation des maternités et la périnatalité en général. En France, la diminution de 50 % du nombre de maternités en 25 ans (1975–2000) et l'augmentation du nombre de naissances ont conduit à raccourcir la durée du séjour en maternité. Aux États-Unis, une diminution des durées de séjour est observée depuis les années 1970, en raison d'une pénurie de lits, des coûts d'hospitalisation, mais aussi à la demande des familles [1] ; cependant, l'évaluation de ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant est plus récente [2].

Le retour précoce de la mère et de son enfant dans sa famille permet un renforcement des liens familiaux. Une diminution des infections nosocomiales, une réduction des dépenses de santé sont également des avantages attendus. Cependant, un certain nombre de problèmes de santé, dont certains demandent un traitement urgent, risquent de survenir chez le nouveau-né après le retour à domicile : ictère, stagnation du poids voire déshydratation, infection. Une perturbation de la relation mère–enfant, méconnue lors de l'hospitalisation, peut également apparaître après la sortie de maternité. L'existence d'un suivi de qualité après une SPM est un facteur indispensable à son succès. Une consultation pour le nouveau-né auprès d'un pédiatre peu de temps après la sortie de la maternité est donc jugée nécessaire pour dépister tout problème de santé inapparent ou méconnu dans les 48 premières heures de vie.

le but de cette étude était, après une SPM :

- d'évaluer la possibilité d'obtenir un rendez-vous auprès d'un pédiatre, dans un cabinet libéral ou dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- et le délai entre la date de la demande de rendez-vous et le jour de la consultation.

## 1. Méthodologie

Il s'agit d'une enquête transversale, anonyme, qui a eu lieu dans la semaine du 3 au 7 mai 2004. Deux investigatrices se présentant comme des mères venant d'accoucher sollicitaient

par téléphone un rendez-vous auprès d'un pédiatre d'exercice libéral ou exerçant dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI). Les investigatrices étaient 2 jeunes femmes en congés de maternité, l'une était interne en pédiatrie, l'autre orthoptiste.

Les pédiatres sollicités étaient des pédiatres franciliens tirés au sort à partir d'une liste professionnelle exhaustive. Une première liste de 120 pédiatres d'exercice libéral a été constituée : 60 d'entre eux exerçaient à Paris, 60 dans la petite couronne. Parallèlement, une 2<sup>e</sup> liste était constituée de 120 centres de PMI également répartis entre Paris et la petite couronne. L'effectif global initial était donc de 240 pédiatres sollicités. Pour obtenir un échantillonnage représentatif, des zones différentes au plan socioéconomique ont été ciblées. À Paris, la sélection de 6 arrondissements a été faite selon le taux de la population bénéficiant du revenu minimum d'insertion (RMI) ; 3 arrondissements en comportaient le taux le plus élevé : les 18<sup>e</sup> 19<sup>e</sup> 20<sup>e</sup> arrondissements ; à l'opposé, 3 arrondissements en comportaient le taux le plus bas : les 7<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> 16<sup>e</sup> arrondissements, auxquels le 6<sup>e</sup> a été ajouté par manque de pédiatres dans le 7<sup>e</sup> arrondissement [3]. Dans chaque arrondissement, 10 pédiatres libéraux et 10 centres de PMI ont été sélectionnés par tirage au sort, conduisant au chiffre théorique de 120 pédiatres. Dans la petite couronne, un groupe de 12 villes de plus de 60 000 habitants a été retenu, et réparti en fonction du revenu moyen des contribuables [4] ; il était élevé pour 6 villes (Asnières, Boulogne, Courbevoie, Neuilly, Rueil, Saint-Maur) et bas pour 6 autres villes (Aubervilliers, Argenteuil, Champigny, Montreuil, Saint-Denis, Vitry). Dans chaque ville sélectionnée, 5 pédiatres libéraux et 5 centres de PMI ont été tirés au sort, soit un chiffre théorique de 120 pédiatres.

La demande de rendez-vous a été faite par téléphone auprès d'un pédiatre ou d'un centre de PMI, par une investigatrice qui sollicitait un rendez-vous dans le cadre de l'examen des 8 premiers jours pour son « nouveau-né sorti la veille de la maternité, au troisième jour de vie ». Lorsque des renseignements complémentaires étaient demandés par la personne donnant le rendez-vous, les précisions suivantes étaient prévues : il s'agissait d'un 2<sup>e</sup> enfant, né à terme après une grossesse normale, accouchement par voie basse, avec un poids de naissance de 3200 g ; l'alimentation était de 6 biberons de 60 ml par jour ; il n'y avait pas de régurgitations, mais des pleurs survenant le soir. S'il s'agissait d'un rendez-vous avec un pédiatre libéral, l'investigatrice se renseignait sur le montant des honoraires de la consultation, afin de déterminer le secteur conventionnel. Lorsqu'un rendez-vous était donné, l'investigatrice le décom-

mandait dans les 24 heures suivantes, en expliquant qu'elle était devenue trop inquiète, et était partie en urgence à l'hôpital.

## 2. Résultats

Le nombre de pédiatres inclus a été finalement de 192, en raison d'un nombre insuffisant de pédiatres ambulatoires ou de PMI dans certaines villes ou arrondissements.

Le nombre de pédiatres libéraux contactés a été de 99. Vingt-cinq pédiatres étaient dans le secteur 1 de la convention, 65 dans le secteur 2 ; le secteur d'activité des autres pédiatres n'était pas connu. Parmi les 99 pédiatres libéraux contactés, un rendez-vous a été obtenu auprès de 89 pédiatres (89 %) avec un délai moyen de 4,4 jours (écart-type = 2,9 ; extrêmes = 1–24 jours) (Fig. 1). Il n'a pas été possible d'obtenir un rendez-vous auprès de 10 pédiatres : 4 étaient retraités ou sur le point de l'être et n'acceptaient plus de nouveaux patients, 3 pédiatres ont dirigé l'investigatrice vers un autre confrère qui a pu donner un rendez-vous. Un rendez-vous a été impossible à obtenir chez 3 pédiatres. Le délai moyen d'attente du rendez-vous ne variait pas significativement selon la situation conventionnelle du pédiatre (3,5 jours pour le secteur 1, vs 4,7 jours pour le secteur 2). Le délai moyen d'attente du rendez-vous ne variait pas significativement en fonction de la situation géographique du pédiatre : dans les arrondissements les moins favorisés de Paris, il était de 3,9 jours, vs 4,7 jours dans les autres ; dans les villes défavorisées de banlieue, il était de 5 jours, vs 3,9 jours dans les autres.

Le nombre de centres de PMI contactés a été de 93. Un rendez-vous a été obtenu dans 55 centres (59 %), avec un délai moyen de 18,7 jours (écart-type = 13,6 ; extrêmes 1–60) (Fig. 1). Le délai d'attente du rendez-vous variait de façon importante selon les arrondissements de Paris : 5 centres situés dans l'est parisien avaient un délai d'attente allant de 27 à 51 jours ; il allait de 4 à 33 jours pour les 11 centres de l'ouest de Paris. Un rendez-vous a été impossible à obtenir par téléphone dans 38 centres (41 %), la venue au centre de PMI pour compléter un dossier étant un préalable indispensable pour obtenir un rendez-vous. La possibilité d'obtenir un rendez-vous dans une PMI variait de façon significative en fonction de sa

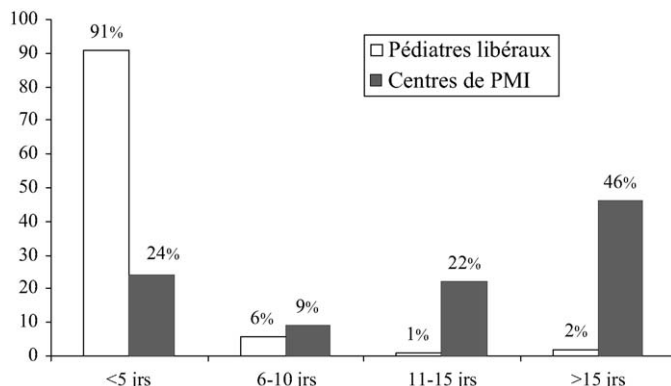


Fig. 1. Délais du rendez-vous dans les cabinets de pédiatrie libérale ( $n = 89$ ) et les centres de PMI ( $n = 55$ ).

localisation : dans Paris, 25 des 40 centres (62,5 %) ne proposaient pas de rendez-vous par téléphone ; dans la banlieue 10 sur 46 (22 %) n'en donnent pas ( $p = 0,0002$ ). Quand un rendez-vous ne pouvait être donné par téléphone, il était possible le plus souvent, en cas d'inquiétude maternelle, de venir au centre rencontrer une puéricultrice.

## 3. Discussion

L'examen du nouveau-né dans les premiers jours de vie est un acte essentiel, tout particulièrement pour un premier enfant dont les parents sont généralement jeunes et sans repères, souvent isolés de leur propre famille. Cette période est essentielle pour le soutien de l'allaitement maternel, le dépistage précoce d'un trouble de la relation mère-enfant, de problèmes de santé tels que malformation cardiaque, ictère, déshydratation, infection maternofoetale tardive. Une sortie précoce de la maternité expose à la méconnaissance de ces problèmes, si le nouveau-né ne peut bénéficier, peu après le retour au domicile, d'une consultation adaptée. Par ailleurs, après une naissance, une jeune mère est souvent inquiète : elle a toujours de nombreuses questions à poser, auxquelles il importe d'apporter des réponses adaptées. Une première consultation, peu de temps après une SPM, est donc indispensable.

Nous avons évalué la possibilité et le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un pédiatre libéral ou communautaire pour un nouveau-né dont la mère venait de bénéficier d'une sortie précoce de maternité. Nous avons utilisé une méthode classique de simulation [5,6], où les investigatrices anonymes se sont présentées comme de jeunes mères venant d'accoucher.

Un rendez-vous a été obtenu dans la majorité des cabinets de pédiatrie libérale dans un délai inférieur à 5 jours ouvrables. Cette disponibilité des pédiatres libéraux était indépendante du secteur de la convention et du secteur géographique d'exercice des pédiatres. Pour éviter des biais de sélection, les pédiatres ont été tirés au sort, dans des arrondissements et des villes de banlieue présentant les indicateurs socioéconomiques les plus opposés.

Ces résultats doivent être interprétés en fonction des conditions de l'étude :

- la date de son déroulement, au mois de mai, correspond à une période où l'activité des pédiatres est moins soutenue, en raison de l'absence habituelle d'épidémies à cette période de l'année. Il est probable que la même étude faite en période d'épidémies, par exemple de bronchiolites, aurait donné des résultats différents, avec des délais moyens de rendez-vous plus longs ;
- notre étude a été réalisée en Île-de-France, région où le nombre de pédiatres est le plus élevé [7] ;
- la personnalité des investigatrices a pu influencer les résultats car il s'agissait de 2 jeunes femmes, de profession médicale ou paramédicale, sur le point d'accoucher, donc très motivées, et s'exprimant parfaitement bien.

Un rendez-vous avec un pédiatre n'a été donné au téléphone que par un peu plus de la moitié des centres de PMI, les autres centres demandant de venir au préalable remplir un dossier. Le délai moyen du rendez-vous était de 18 jours ouvrables, et dans 15 % des centres, le délai dépassait 1 mois. Les centres de PMI sont des centres de proximité, présents dans tous les départements. Leur rôle principal est la prévention médicosociale, notamment auprès des plus démunis, en offrant une gratuité des soins. Leur atout majeur est d'être des partenaires de proximité et d'avoir une connaissance du terrain qui les rend très performants dans le suivi des familles en difficulté. Ils ont un mode de fonctionnement différent de la pédiatrie ambulatoire, avec des vacations médicales non quotidiennes réparties dans la semaine, et des plages horaires limitées. La disponibilité est, par conséquent, moins grande que dans un cabinet de pédiatrie libérale, où les horaires de consultation sont plus étendus, et la souplesse plus grande. Les services de PMI n'ont pas vocation à assurer le suivi des sorties précoces de maternité et cette activité peut se faire au détriment d'autres missions de la PMI [1]. Dans certaines régions cependant, une organisation s'est mise en place pour les SPM, avec des visites à domicile de sages-femmes de PMI, surtout lors d'un suivi prolongé nécessité par des conditions matérielles et/ou psychologiques difficiles [8].

Une sortie précoce de maternité peut être proposée si un certain nombre de critères précisés par l'Anaes sont respectés. Pour le nouveau-né, il s'agit de l'absence d'ictère, d'infection, de déshydratation, de cardiopathie ; les tests de dépistage usuels doivent avoir été effectués ou programmés. Concernant la mère, le risque infectieux, hémorragique, psychologique doit avoir été éliminé [1]. De nombreuses études soulignent le caractère essentiel de l'organisation d'aval pour la réussite d'une SPM, notamment pour limiter le taux de réadmission du nouveau-né [9–12] et diminuer l'angoisse parentale [13]. Cette exigence de l'organisation d'aval parfaitement structurée est soulignée par l'Anaes : « Dans l'éventualité d'une SPM, il faut assurer la mise en adéquation des modalités du suivi avec le raccourcissement du temps de séjour en maternité. Lorsque la SPM n'est pas ou est mal organisée, ses conséquences délétères, bien que rares, peuvent produire un rapport bénéfices/risques défavorable » [1]. Dans ce contexte de SPM, la question centrale est donc celle de l'accessibilité aux soins, de leur qualité et de leur cohérence ; un lien particulier, étroit et continu entre la maternité et les professionnels médicosociaux situés en dehors de la maternité est indispensable au bon déroulement du suivi après la sortie. À l'heure actuelle, pour assurer le suivi d'un nouveau-né, il existe en France un système de santé original, avec dualité publique (hôpital, PMI)–privée (libéraux, cliniques) qui fonctionne de manière complémentaire. Cette offre élargie semble répondre à la grande majorité des situations, mais la mise en cohérence du système est parfois mise en défaut. La constitution récente de réseaux regroupant tous les professionnels de la naissance, d'exercice libéral ou communautaire, correspond parfaitement à ces objectifs. L'examen d'un nouveau-né après la sortie de maternité fait partie du travail quotidien de tout pédiatre ambulatoire. Si des problèmes nouveaux risquent d'apparaître avec la diminution régulière du

nombre de pédiatres libéraux, la difficulté pour obtenir un rendez-vous, souvent annoncée par les parents, n'a pas été observée dans notre étude.

Quelle est la date idéale de la première consultation, après une SPM ? L'expérience d'une maternité lyonnaise milite pour un 2<sup>e</sup> examen postnatal, réalisé à domicile par un pédiatre, 2 ou 3 jours après une sortie précoce ; cet examen prend éventuellement le relais de la prise en charge débutée à la maternité, et survient à une date correspondant à la date théorique d'une sortie conventionnelle [14]. Cette stratégie nécessite l'implication des pédiatres libéraux, soit isolément, soit organisés en réseau ville–hôpital comme le pratique l'HAD. L'Académie américaine de pédiatrie recommande après une SPM un examen du nouveau-né dans les 48 heures suivant sa sortie, notamment en raison du risque d'ictère et de déshydratation [15]. Ces recommandations officielles sont difficiles à mettre en pratique sur le terrain. Une étude faite dans le Michigan s'est intéressée à l'impact de ces recommandations : malgré un programme d'éducation destiné aux pédiatres (incitations lors du staff hospitalier mensuel et courrier spécifique), seulement 60 % des nouveau-nés ayant bénéficié d'une SPM ont été examinés par un pédiatre dans les 3 à 4 jours suivant la sortie ; pourtant ces enfants étaient les patients de pédiatres privés, exerçant dans une ville bien desservie au niveau des transports et des médecins [16].

Une SPM entraîne-t-elle davantage de risques en matière de santé pour le nouveau-né, par rapport à une hospitalisation conventionnelle ? Une étude faite en Suisse rapporte un taux de réadmission des nouveau-nés dans les 6 premiers mois plus élevé en cas de sortie précoce, comparé à celui observé après une hospitalisation traditionnelle [17]. En fait, de nombreux travaux montrent que si la prise en charge est effective après une SPM suivant des grossesses à faible risque, la morbidité ultérieure n'est pas accrue. La qualité de la relation parents–enfant, évaluée par des questionnaires spécifiques ou tout simplement par le taux d'allaitement maternel, semble également préservée [18–22].

Un avantage attendu de la SPM est la diminution des coûts liés à une durée d'hospitalisation plus courte. Différentes études constatent effectivement le coût moindre d'un accouchement avec SPM, comparé à celui d'une hospitalisation traditionnelle [23] ; cependant le coût additionnel d'une prise en charge classique reste généralement faible pour l'établissement de santé, puisque l'essentiel des dépenses concerne les 2 ou 3 jours qui suivent l'accouchement. Les frais de suivi hors de la maternité, avec des visites à domicile de sage-femme ou de médecin doivent également être pris en compte dans les calculs.

#### 4. Conclusion

Notre étude, effectuée pendant 1 semaine du printemps 2004 dans la région francilienne, a montré l'implication et la disponibilité des pédiatres pour le suivi des nouveau-nés après un retour précoce au domicile. Ces résultats concernant une région à forte densité pédiatrique à une période donnée ne peu-

vent être généralisés et devront être complétés par des enquêtes similaires dans d'autres régions et à d'autres périodes de l'année, notamment durant les périodes épidémiques de bronchiolites ou de diarrhées virales.

Le retour précoce à domicile après un accouchement apparaît comme une méthode sûre, si la décision de sortie respecte un certain nombre de critères, avec un suivi immédiat organisé hors de la maternité. La question de la répartition des rôles entre pédiatres libéraux et communautaires, sages-femmes et puéricultrices de secteur dans le dispositif de soins reste posée. La cohérence, la sécurité, l'efficacité du suivi immédiat après la sortie de la maternité pourraient être renforcées par un fonctionnement en réseau de l'ensemble des professionnels de la périnatalité.

## Références

- [1] Anaes. Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Texte des recommandations. Mai 2004.
- [2] Braveman P, Egerter S, Pearl M, et al. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995;96:716–26.
- [3] <http://www.ile-de-france.equipement.gouv.fr/actualites/schema-directeur/reflexions-thematiques/rapports/gr7/partie1a.pdf>.
- [4] <http://www.apur.org/images/etudes/revenumoyen98.pdf>.
- [5] Isaacman DJ, Verdile VP, Kohlen FP, et al. Pediatric telephone advice in the emergency department: results of a mock scenario. *Pediatrics* 1992;89:35–9.
- [6] Carbajal R, Barthez P, Blanc P, et al. Conseils téléphoniques donnés aux urgences pour un cas pédiatrique simulé. *Arch Pediatr* 1996;3:964–8.
- [7] <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/pediatrie.pdf>.
- [8] Hoyez S, Benchemack M, Ormières P. La visite à domicile par la sage-femme de PMI. *Vocation Sage-Femme* 2003;9:10–3.
- [9] Dalby DM, Williams JI, Hodnett E, et al. Postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Can J Public Health* 1996;87:90–4.
- [10] Egerter SA, Braveman PA, Marchi KS. Follow-up of newborns and their mothers after early hospital discharge. *Clin Perinatol* 1998;25:471–81.
- [11] Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108:719–27.
- [12] Brown SG, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27:33–8.
- [13] Standing TS, el-Sabagh N, Broton D. Maternal education during the perinatal period. *Clin Perinatol* 1998;25:389–402.
- [14] Langue J, Lacroix-Barbery I. Sorties précoces de maternité : place du pédiatre libéral. *Arch Pediatr* 2001;8(Suppl 2):495s–497s.
- [15] American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 1995;96:788–90.
- [16] Maisels MJ, Kring E. Early discharge from the newborn nursery-effect on scheduling of follow-up visits by pediatricians. *Pediatrics* 1997;100:72–4.
- [17] Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, et al. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG* 2004;111:807–13.
- [18] Vendittelli F, Boulvain M. Early postpartum discharge in the postpartum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997;26:679–86.
- [19] Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Early perinatal hospital discharge and parenting during infancy. *Pediatrics* 1999;104:1070–6.
- [20] Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, et al. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics* 2003;111:519–24.
- [21] Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, et al. The safety of Canadian early discharge guidelines. Effects of discharge timing on readmission in the first year post-discharge and exclusive breastfeeding to 4 months. *Can J Public Health* 2002;93:26–30.
- [22] Dershewitz R, Marshall R. Controversies of early discharge of infants from the well-newborn nursery. *Curr Opin Pediatr* 1995;7:494–501.
- [23] Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Évaluation des risques et bénéfices du congé précoce en post-partum. Montréal: CETS; 1997.