UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007 N°27

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification de Médecine Générale

Par

Mélanie BLAIS

Née le 29 janvier 1979 à la Roche Sur Yon (85)

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2007

MISE EN PLACE DU RETOUR PRECOCE A DOMICILE APRES ACCOUCHEMENT AU CHD DE LA ROCHE SUR YON.

Président : Monsieur le Professeur BOOG

Directrice de thèse : Madame le Docteur BONNENFANT

ABRÉVIATIONS

AAP	*American Academy of Pediatrics*
ACOG	*American College of Obstetricians and Gynecologists*
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CAF	Caisse d'allocations familiales
CETSQ	Conseil d'évaluation des technologies de la santé au Québec
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Centre Périnatal de Proximité
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
DASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
EPDS	*Edingburgh Postnatal Depression Scale*
EPP	Entretien prénatal précoce
G6PD	glucose-6-phosphate-déshydrogénase
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
PMI	Protection maternelle et infantile
RPDA	Retour précoce à domicile après accouchement

SOMMAIRE

INTRODUCTION....5

PREMIERE PARTIE : GENERALITES....8

\1Définition du retour précoce au domicile après accouchement....9
)aDéfinition selon l'Anaes....9
)bPrincipes généraux guidant l'organisation du retour précoce au domicile après accouchement....9
.b.1Le respect du libre choix....9
.b.2Prise en compte de la durée du séjour en maternité....10
.b.3L'entretien prénatal précoce....10
\2Les raisons de la mise en place des sorties précoces après accouchement....11
)aAspect économique....11
)bLe désir des mères et des couples....12
\3Etat des lieux en France et à l'étranger....12
)aA l'étranger....12
.a.1Etats-Unis....12
.a.2Canada....13
.a.3Hollande....14
.a.4Suisse....14
.a.5Angleterre....15
.a.6Pays nordiques....15
)bEn France....15
.b.1Les différents types de structures mises en place....15
.b.2Les exemples....19
\4Bénéfices et inconvénient du RPDA....21
)aBénéfices....21
.a.1Pour la mère....21
.a.2Pour l'enfant....22
.a.3Pour le père et la famille....22
)bInconvénients....23
.b.1Pour la mère....23
.b.2Pour l'enfant....26
\5Conditions requises pour un RPDA....29
)aAvant la naissance....30
.a.1L'information....30
.a.2L'accord de la patiente et de sa famille....30
.a.3La sélection....30
)bAprès la naissance....31
.b.1Concernant la mère....31
.b.2Concernant l'enfant....33
)cAu moment de la sortie de la maternité....34
\6Le suivi à domicile. Comment l'organiser selon les recommandations de l'ANAES....35
)aLes visites à domiciles....35
)bNécessité d'une assistance 24h/24....36
)cExamen de fin de première semaine de vie....36
)dEléments du suivi....36
.d.1La mère....36
.d.2L'enfant....38
.d.3Synthèse....38
\7Construire un projet de RPDA....38
)aRecensement des ressources....38
)bEtablissement du cadre de travail et du rôle de chaque intervenant....39
)cNécessité de la formation des personnels participants....39
)dDossier de liaison....39

DEUXIÈME PARTIE : OBJECTIFS DE L'ETUDE....40

\8La situation actuelle au CHD de la Roche sur Yon....41

)aPrésentation du CHD *41*
)bles maternités en vendee *41*
.b.1Localisation des différentes maternités en Vendée : 41
.b.2Acticité de la maternité de la Roche sur Yon 41
\9Les raisons d'envisager un RPDA au CHD de la Roche sur Yon 42
)aLes raisons économiques. *42*
.a.1Evolution de la natalité 42
.a.2Conséquences des restructurations 43
\10Réalisation d'enquête auprès des différents Partenaires 44

TROISIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES 45

\11Recensement des ressources en Vendée 46
)aDémographie médicale *46*
.a.1Les médecins généralistes 46
.a.2Les pédiatres 46
.a.3Les gynécologues 46
)bDémographie paramédicale : les SF libérales *46*
)cPrésentation de la PMI *46*
.c.1Composition du personnel du service de PMI 46
.c.2Missions et activité de la Protection Maternelle et Infantile 47
)dLes Centres Périnatals de proximite en Vendee *49*
)eL'hospitalisation a domicile en Vendée *51*
\12Place de la sage femme : enquête auprès des SF libérales et de PMI 51
)aModalités de l'enquête *51*
)bEnquête *52*
\13Place du généraliste : enquête interview : identification de l'envie d'investissement des généralistes en Vendée 54
)aModalités de l'enquête *54*
)bEnquête *54*
\14Pédiatres hospitaliers 56
)aModalités de l'enquête *56*
)benquête *57*
\15Autres intervenants 58
)aLa Protection maternelle et infantile *58*
)bLes Centre perinatals de proximite et l'Hospitalisation a domicile *58*

QUATRIÈME PARTIE : RESULTATS 59

\16Enquête auprès des sages femmes liberales et de PMI 60
\17Enquête auprès des médecins généralistes en Vendée 65
\18Enquête et discussion avec les pédiatres 70

CINQUIÈME PARTIE : DISCUSSION 74

\19definition des conditions du RPDA au chd de la roche sur yon 75
)afaire le choix d'une sortie à J 3 ..... *75*
.a.1Limiter les risques d'hyperbilirubinémie 75
.a.2Réalisation des tests de dépistage avant la sortie 78
.a.3Autres motifs pour sortie à J3 79
.a.4Conclusion 79
)bles patientes concernes par le rpda *79*
)cNécessité de repérer les couples mère enfant en difficulté psycho sociales *81*
\20Mise en place du réseau ville-hôpital : la place des partenaires dans le projet d'une sortie de la maternité a j3 82
)amissions et role de la sage-femme liberale *82*
.a.1Assurer la continuité des soins 82
.a.2Transmettre l'information à la patiente de la possibilité d'une sortie à J3 82
.a.3Organisation du suivi à domicile : 83
.a.4Référent de la sage-femme en cas de problème médical 84
.a.5Rôle de la sage-femme dans le soutien à l'allaitement 86
)bplace du medecin generaliste *87*
.b.1Le médecin généraliste : rôle clé dans la continuité des soins 87
.b.2Rôle du médecin généraliste dans notre projet de sortie à J3 88
.b.3L'examen du huitième jour de vie du nourrisson : doit il être réalisée par le médecin généraliste ou par le pédiatre ? 89

.b.4Conclusion....92
)cLes autres partenaires....*92*
.c.1Le service de protection maternelle et infantile de Vendée....92
.c.2L'Hospitalisation à domicile de Vendée....94
.c.3Les centres périnatals de proximité en Vendée....94
)dle lien ville-hopital....*95*
.d.1Fiche de liaison pour la patiente....95
.d.2Le dossier de liaison....95
\21NECESSITE D'UNE FORMATION MEDICALE CONTINUE....96
)aFormation des Sages-femmes....*96*
.a.1Pour la mère....96
.a.2Pour l'enfant :....97
)bFormation des médecins generalistes....*98*
.b.1Thèmes de la FMC :....98
\22EVALUATION DE NOTRE RESEAU....99

CONCLUSION....100

BIBLIOGRAPHIE....102

ANNEXES....103

INTRODUCTION

La tendance à la réduction de la durée des hospitalisations, générale depuis quelques années, essentiellement pour des raisons économiques, n'a pas épargné les services d'obstétrique et de pédiatrie. En maternité, la durée de séjour s'est progressivement raccourcie, classiquement de 5 à 7 jours pour un accouchement par voie basse et 7 à 10 jours pour une césarienne, nous sommes passé respectivement à 3 à 4 jours et 5 à 6 jours. Une **sortie plus précoce de maternité** est de plus en plus souvent proposée.

L'ANAES définit la sortie précoce de maternité correspondant à une sortie entre J0 et J2 pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J4 pour une naissance par césarienne.

La période néonatale constitue pour l'enfant et pour sa mère un moment de grande vulnérabilité, tant sur le plan somatique que psychique, de sorte que leur **retour à domicile après la naissance requiert une attention particulière.**

Cette évolution vers un raccourcissement progressif de la durée du séjour en maternité après accouchement appelle de **nouvelles solutions** permettant **d'assurer aux mères et aux enfants au moins la même sécurité**, à la fois médicale et psychosociale, que celle apportée par un séjour plus long.

Ces solutions passent par **l'analyse des ressources disponibles** pour assurer le suivi à domicile après la sortie, nombreuses mais souvent mal coordonnées, puis par un travail **d'organisation de ces différents moyens** au sein d'un **réseau de soins**.

Le **besoin** à la maternité du CHD de la Roche sur Yon de pouvoir proposer aux patientes la possibilité d'un retour précoce au domicile nous a amené aux réflexions suivantes :

- Comment définirons nous la sortie précoce à la maternité de la Roche sur Yon en tenant compte des principales préoccupations des professionnels du CHD?

- Quels sont les relais possibles après le retour à domicile?

- Comment coordonner ensemble notre travail pour assurer à la mère et son enfant une sécurité optimale ?

Dans notre projet de mise en place de sortie précoce à la maternité de la Roche sur Yon, il s'agit de **mettre en place un réseau de proximité d'aval** répondant au besoin des mères, de l'enfant et des pères, respectant les recommandations de l'HAS.

Au travers de ce travail, afin d'anticiper au mieux les sorties précoces à la maternité de la Roche sur Yon :

- Dans un premier temps, nous présenterons **les ressources existantes, les partenaires**.

- Nous aborderons ensuite les **souhaits et craintes des intervenants** recueillis par le biais d'enquêtes et de rencontres

- Nous verrons ensuite comment envisager les sorties précoces à la maternité de la Roche sur Yon.

- Enfin, nous définirons la place et le rôle des différents partenaires, les incluant ainsi dans un **réseau de proximité ville-hôpital**. Cette organisation permettra d'adapter au

mieux la prise en charge lors de la sortie de la mère et de l'enfant pour **éviter la rupture hôpital/domicile.**

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

\1DÉFINITION DU RETOUR PRÉCOCE AU DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT

)ADÉFINITION SELON L'ANAES

La durée du séjour en maternité de la mère et de son bébé, classiquement de cinq à sept jours après un accouchement par voie basse et de sept à dix jours après une césarienne est progressivement passée, surtout dans les maternités publiques, respectivement à trois à quatre et cinq à six jours.

Selon les dernières recommandations de l'ANAES, les termes « sorties précoces » ou « retour précoce » correspondent à une sortie **entre J0 et J2 inclus** (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un **accouchement par voie basse** ou **entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne.**

On distingue les sorties :

- Hyper précoces (J0)
- Très précoces (J1)
- Modérément précoces (J2)

Dans la pratique, la sortie est fréquemment considérée comme « précoce » si elle survient avant J3 pour un accouchement par voie basse, avant J5 pour un accouchement par césarienne.

Cette évolution appelle de nouvelles solutions permettant d'assurer aux mères et aux enfants la même sécurité, à la fois médicale et psychosociale, que celle apportée par un séjour plus prolongé. Elle nécessite une **réorganisation du fonctionnement de la maternité** et la mise en place d'un **véritable suivi à domicile de la mère et du bébé.**

)BPRINCIPES GÉNÉRAUX GUIDANT L'ORGANISATION DU RETOUR PRÉCOCE AU DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT

Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) ne s'adresse qu'aux **couples mère enfant à bas risque médical, social et psychologique**. A l'intérieur de cette population, le succès du RPDA repose sur la coexistence de plusieurs conditions fondamentales

.b.1Le respect du libre choix

Le **consentement éclairé** des parents est nécessaire pour que le RPDA leur apporte satisfaction. Les parents doivent disposer d'**informations** sur les différentes

modalités du retour à domicile avec leurs contraintes respectives. Ils doivent être informés des évènements médicaux ou psychiques qui peuvent survenir dans les suites de couches dans le cadre du RPDA ainsi que de l'existence de réponses adaptées. Le dialogue portant sur l'ensemble de ces éléments contribue à la coconstruction du **projet de naissance**.

Les parents doivent savoir que des motifs médicaux ou psychosociaux peuvent imposer **à tout moment** de **renoncer au RPDA** projeté. Les professionnels devront s'assurer de la permanence de ce consentement après l'accouchement, lorsque les conditions de la sortie seront mieux connues.

Dans les cas qui doivent rester rares où le RPDA est envisagé durant le séjour à la maternité sans avoir été présenté durant la grossesse, les échanges d'informations avec les parents doivent être particulièrement ouverts et complets. Leur choix devra être arrêté au terme d'un dialogue totalement libre avec le personnel soignant de la maternité sans que les contraintes de l'établissement pèsent sur leur décision.

.b.2Prise en compte de la durée du séjour en maternité

L'importance et la nature des moyens mis en œuvre pour le **suivi à domicile** seront adaptés à la durée du séjour, au moment prévu pour la sortie (week-end) et à l'évolution des différents éléments du suivi habituel des couples mère enfant dans les premiers jours de vie. Un séjour très court contraint à une vigilance accrue et à un suivi plus intensif pendant les premiers jours à domicile.

.b.3L'entretien prénatal précoce.

La sortie précoce de maternité doit être **proposée et organisée avec les parents pendant la grossesse**, et non pas annoncée au dernier moment et vécue alors comme une « mise à la porte ».

Les conditions actuelles du suivi rendent problématique le repérage réaliste du meilleur moment pour la présentation du RPDA, dans le cadre du projet de naissance.

L'entretien du 4ème mois de grossesse ou entretien prénatal précoce n'est pas une consultation médicale habituelle. Il n'y a pas d'examen clinique de la patiente, il s'agit **d'un temps d'écoute et d'échange avec un professionnel**.

L'objectif est de mettre en place précocement les conditions d'un **dialogue** permettant **l'expression des attentes et des besoins des futurs parents**, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Il peut donc être **l'occasion idéale d'aborder avec la patiente ses désirs pour le post-partum immédiat** et lui proposer un retour précoce en lui présentant ses modalités d'organisation.

Pour que les futures mères puissent se préparer au mieux à ces choix, une **large information orale et écrite** est recommandée.

\2LES RAISONS DE LA MISE EN PLACE DES SORTIES PRÉCOCES APRÈS ACCOUCHEMENT

)AASPECT ÉCONOMIQUE

Une logique économique oriente vers une réduction de la durée des hospitalisations, liée notamment à l'augmentation de l'activité des maternités, pour plusieurs raisons :

- **Augmentation de la natalité**, laquelle se poursuit actuellement (+5% depuis 2000-source Insee). Il y a donc un nombre restreint de lits par rapport au nombre d'accouchements (variable dans le temps)
- **Déficit des professionnels en périnatalité** : réduction du temps de travail, désaffection de cette discipline avec difficulté de recrutement des gynécologues, des obstétriciens, des anesthésistes et des pédiatres.
- **Phénomène de restructuration** : regroupements de services et concentration des lits. Entre 1975 et 1996, le nombre de maternités est passé de 1369 à 814. En décembre 2000 : on recense 700 maternités, par rapport à 1996, le nombre de lits a diminué de 6%. Ceci a entraîné une intensification des maternités restantes, surtout marqué dans les maternités de niveau 2 et 3, entre 1996 et 2000, on observe une augmentation de 8,9% des accouchements dans ces maternités, alors que l'augmentation de leur nombre de lits n'a été que de 7,4% sur la même période.

Dans les maternités de type 3, les transferts anténatals, la prise en charge des grossesses pathologiques, l'existence d'unités mère-enfant contribue à augmenter le taux d'occupation des lits.

Le RPDA est une solution à l'activité croissante des services de maternité de façon à optimiser les capacités d'accueil, **accélérer le taux de rotation des lits** et ainsi augmenter la capacité de prise en charge des naissances à moyens constants. Il ne s'agit pas là d'un choix des professionnels mais une nécessité pour accueillir les patientes.

)BLE DÉSIR DES MÈRES ET DES COUPLES

Le RPDA ne doit pas être une réponse trop rapide à des contraintes économiques. Plusieurs publications font état du désir des patientes de sortir précocement.

On note ainsi une volonté de **démédicalisation de la naissance**, avec une meilleure intégration des évènements que sont la naissance et l'accueil de l'enfant au sein de la famille.

Une enquête a été réalisée auprès de femmes ayant accouché récemment : sur 105 femmes interrogées un mois après leur accouchement, la demande de sortie de maternité a été faite par la mère pour 31 d'entres elles. Le motif le plus fréquemment avancé, pour 27 des 31 mères, est « désir de rentrer chez elle ».

On observe une augmentation du nombre de demandes de sortie plus rapide de maternité de la part des **multipares**, essentiellement pour des raisons **d'organisation familiale**, mais aussi tout simplement par **désir du couple**, qui prend en compte la **dimension familiale de la naissance.**

Depuis le 1er janvier 2002 a été mis en place le **congé paternité**, congé de 11 jours (18 dans le cas de naissance multiple) accordé aux pères dans les 4 mois suivant la naissance ou l'adoption d'un enfant.

La DRESS a souhaité réaliser une étude qualitative auprès des familles ayant eu un enfant entre le 1er janvier et le 1er avril 2003. La majorité des pères interrogés pensent que le moment idéal pour prendre le congé paternité est le moment de la naissance, à la suite du congé de trois jours de l'employeur. L'apport du congé paternité lors de la période du post partum est important, pour que le père s'investisse auprès de l'enfant, prépare son arrivée au foyer, ou encore s'occupe des autres enfants. Cette étude nous montre la volonté des pères de **soutenir leur conjointe** facilitant ainsi l'organisation au domicile quand la femme est désireuse de sortir précocement de la maternité.

\3ETAT DES LIEUX EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER

)AA L'ÉTRANGER

.a.1Etats-Unis

Aux Etats Unis, une diminution de séjour est observée depuis les années 70. La durée de séjour a diminué entre 1970 et 1992 en moyenne de 4,1 jours à 2,7 jours

soit une baisse de 37%. La durée de séjour est ainsi passée de 3,9 jours à 2,1 jours pour un accouchement par voie basse et de 7,8 jours à 4 jours pour une césarienne.

De 1970 à 1980, l'instauration de programmes de RPDA visait à répondre au souhait des familles de démédicaliser la naissance. De 1980 à 1990, en raison des coûts élevés des frais d'hospitalisation, les organismes privés d'assurance maladie ont fait pression sur les hôpitaux et sur les médecins pour raccourcir les durées de séjour en maternité, situation à l'origine de conflits entre patients, médecins et assureurs, certaines assurances refusant même de rembourser les frais de séjour si celui-ci dépassait 12 à 24 heures pour un accouchement sans complication.

Depuis 1992, les sociétés savantes, l'American College of Obstetricians and Gynecologists et l'American Academy of Pediatrics ont élaboré et mis à jour des recommandations sur les soins délivrés dans le post-partum pour la mère et le nouveau né : les **« guidelines for perinatal care ».**

En 1995, l'Etat du Maryland, a adopté une loi nommée « mothers' and Infants'Health Security Act », elle impose aux compagnies d'assurance de prendre en charge au minimum 48 heures de séjour après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne.

La sortie de la maternité se fait à la demande de la mère, avec accord des médecins. Les recommandations de l'ACOG et de l'AAP précisent les critères de sélection des mères et des nouveaux nés à la sortie précoce. Un programme de suivi à domicile par une infirmière dans les jours suivant la sortie est organisé. Il semblerait qu'il existe des variations importantes dans les modalités et la qualité des suivis proposés selon les états et le type de couverture sociale de la mère.

.a.2Canada

Le RPDA appelé « congé précoce en obstétrique » est pratiqué depuis les années 80. Au Québec, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal est passée de 3,1 jours à 2,4 jours de 1994 à 1999. Cependant, les durées de séjour sont calculées à partie de l'heure d'admission de la patiente à la maternité et non à partir de l'heure de naissance de l'enfant : elles ne reflètent donc pas la durée réelle du séjour post-partum en hospitalisation. Des programmes de RPDA sont proposés par les hôpitaux en collaboration avec les « services de santé communautaires ».

.a.3Hollande

En Hollande, la prise en charge obstétricale des femmes est réalisée selon leur niveau de risque médical. La grossesse et l'accouchement sont considérés comme des phénomènes physiologiques.

Il existe trois échelons de prise en charge :

- Les femmes sans antécédent médical particulier sont suivies par une sage femme dans le premier échelon. Elles ont la possibilité d'accoucher à domicile avec une sage femme, si elles le désirent.
- Lorsqu'une femme présente une pathologie pendant sa grossesse ou en fonction de ses antécédents médicaux, elle est adressée au deuxième niveau de soins, et le suivi de la grossesse est réalisé par un obstétricien.
- Le troisième échelon correspond à une prise en charge hospitalière, dans un hôpital comprenant un service de néonatologie.

En Hollande, **31,5% des naissances ont lieu à domicile** avec une sage-femme et une kraamverzorgster : « aide de couches », qui est présente avec la sage femme pendant tout le travail et l'accouchement. Elle participe ensuite aux tâches familiales dans les jours suivant la naissance.. Elle est présente auprès de la mère, du nouveau né et de la famille 8 heures par jour pendant les huit jours suivant la naissance ;

Lorsque l'accouchement a lieu à l'hôpital, la mère sort après un séjour de huit heures environ, elle peut ensuite bénéficier des mêmes prestations par la sage femme et la kraamverzorgster. 80% environ des familles font appel aux services d'une kraamverzosgster, qui est engagée par un bureau de soins post natals. Les prestations sont prises en charge en partie par l'état et par les familles.

.a.4Suisse

Une mère et son nouveau-né peuvent bénéficier des services d'une sage femme durant les 10 jours suivant l'accouchement. Le suivi est coordonné par une structure appelée Fondation des services d'aides et de soins à domicile.

A Genève, il existe depuis 1992 un collectif de sages femmes indépendantes, **« L'Arcade des sages femmes »** qui travaille étroitement avec la maternité des hôpitaux universitaires Genevois, et de manière moins suivie avec les cliniques et les gynécologues en ville.

.a.5Angleterre

Les femmes peuvent choisir d'accoucher à l'hôpital, à domicile ou dans les « unités de sages-femmes ou de médecins généralistes », unités réservées aux grossesses et accouchement physiologiques.

60% des femmes accouchant à l'hôpital retournent chez elles le jour même de l'accouchement ou le lendemain. Un programme de suivi après la sortie prévoit la visite journalière à domicile d'une sage femme de secteur, pendant les 10 jours suivant la naissance. Le relais est ensuite pris par le médecin généraliste et une infirmière à domicile.

.a.6Pays nordiques

Les durées d'hospitalisation en maternité sont courtes, le retour à domicile a lieu en moyenne 3 jours après l'accouchement. La sortie de maternité est considérée comme précoce si elle se situe entre 8 et 72 heures après la naissance.

L'hôpital de Motala fut un des premiers établissements en Suède à pratiquer le RPDA depuis 1983. C'est la mère qui choisit à quel moment elle souhaite sortir, à condition que son état de santé et celui de son nouveau né soient satisfaisants et qu'elle ait de l'aide et du soutien à domicile. Un pédiatre examine le nouveau né une ou deux fois et fixe un rendez vous à la maternité pour un nouvel examen à l'âge de 5 à 7 jours. Une sage-femme de la maternité effectue des visites à domicile et contacte par téléphone au moins une fois par jour toutes les familles bénéficiant de soins à la maison jusqu'à la visite du pédiatre.

)BEN FRANCE

.b.1Les différents types de structures mises en place

.b.1.1Hospitalisation à domicile.

L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Ses modalités de fonctionnement ont été définies par le décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 et la circulaire DHOS du 9 février 2004.

Il fait appel soit à des soignants salariés par l'HAD, soit à des libéraux, médecins, sages-femmes, puéricultrices, recrutés selon les besoins, en complément de son propre personnel.

L'HAD est organisée pendant le séjour à l'hôpital. Son coût assumé à 100% par la Sécurité Sociale.

L'HAD peut comporter plusieurs secteurs de spécialités, en particulier en périnatalogie : l'HAD obstétricale et pédiatrique.

Les conséquences économiques de l'HAD sont contradictoires. Selon les études, l'intérêt économique d'une HAD est loin d'être démontré. Nous reviendrons plus précisément sur ce point dans notre discussion.

.b.1.2Sages-femmes détachées de la maternité

Cette option présente l'avantage de constituer un véritable **prolongement du service de maternité**. Les sages-femmes responsables du suivi font partie de l'équipe, connaissent les protocoles, rencontrent leur patientes dès leur séjour en suites de couches, participent aux réunions, connaissent leur interlocuteurs en cas de problème.

Elles sont employées par l'hôpital qui délègue ses salariés à l'extérieur de ses murs. Ce service est gratuit pour les familles et l'hôpital est indemnisé par la Sécurité Sociale pour tous ses frais, dans le cadre du forfait de prise en charge de maternité.

.b.1.3Sages-femmes libérales

Les Sages-femmes libérales interviennent par l'intermédiaire de services d'HAD, ou individuellement dans le cadre d'un accompagnement global des patientes (suivi de la grossesse, accouchement et suivi du post-partum)

L'arrêté du 6 juin 2001, ayant modifié la nomenclature générale des actes professionnels des sages-femmes, prévoit un forfait pour chaque jour de surveillance à domicile en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les)enfant(s) du jour de la sortie à J7.

Ainsi, lorsqu'une femme sort avant J7 et que sa surveillance post natale est confiée à une sage-femme libérale, celle-ci peut être rémunérée. La sage-femme facture un forfait journalier en cas de sortie précoce du jour de la sortie à J7 : dans cette formule, la caisse primaire d'assurance maladie rembourse des soins en plus du budget global qui inclue cette surveillance. Les femmes sans couverture sociale n'ont pas accès à cette prestation.

Nombre de ces sages femmes interviennent déjà au sein de l'HAD obstétricale, mais elles seules peuvent intervenir lorsque le domicile des parents se situe hors du territoire couvert par l'HAD. Elles sont aussi souvent connues dans les maternités du secteur pour y avoir exercé auparavant et certaines y participent aux préparations à la naissance.

<u>Elles peuvent :</u>

- Prendre en charge les soins de la mère et du bébé (ablation des fils, soins de cordon, surveillance médicale du post-partum)

- Donner des conseils pour l'allaitement et l'alimentation de l'enfant

- Aider les parents à s'organiser pour le retour à la maison, les rassurer et répondre à leurs diverses questions.

Les modalités d'intervention sont les suivantes :

- Forfait de 7 jours après l'accouchement, pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale

- Au-delà des 7 jours, à l'appréciation de la sage-femme et à la demande de la famille, des visites et consultations sont possibles et remboursées à 70%.

.b.1.4Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est un service public à la disposition des futurs parents, des parents et des familles. Elle est gratuite pour les familles et financée par les structures territoriales, généralement le Conseil Général.

Les missions de la PMI ont été définies par la loi du 8 décembre 1989 et le décret n °92-785 du 6 août 1992 et consistent entres autres, à organiser les mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé des futurs parents et enfants. La PMI intervient en priorité dans le suivi des familles vulnérables.

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.

Quand le RPDA est organisé, la PMI intervient essentiellement lorsque le suivi à domicile doit être prolongé au-delà du délai habituel : **difficultés socio-économiques voire précarité, fragilité psychologique, soutien à la parentalité.**

.b.1.5Les aides à domicile

Outre le suivi médical, les femmes n'ayant pas eu assez de temps pour se reposer à la maternité souhaitent souvent bénéficier d'une **aide ménagère** ;

- **Les associations d'aide à domicile** : conventionnés par la caisse d'allocations familiales, elles mettent à disposition :

  - Un technicien de l'intervention sociale et familiale, travailleur social diplôme d'Etat, qui peut s'occuper des enfants et aider dans les tâches de la vie quotidienne .

  - Une aide à domicile, formée pour prendre en charge les aspects matériels de la vie courante : courses, ménage…

  La prise en charge financière est assurée par la Caisse d'Allocations Familiales, la caisse d'assurance maladie, les mutuelles, avec une participation familiale calculée selon les ressources.

- **Les emplois familiaux** : ils effectuent au domicile des tâches déterminées avec les familles (garde d'enfants…). Le financement peut être assuré, totalement ou partiellement, par l'allocation de garde d'enfant à domicile versé par la CAF. Les rémunérations sont déductibles des impôts.

- **D'autres associations peuvent êtres impliquées** : associations de soutien à l'allaitement maternel…

.b.1.6L'organisation en réseau

En l'absence de coordination, tous ces moyens risquent d'être dispersés et mal utilisés : la **mise en réseau permet au mieux cette organisation indispensable**. Ce type de fonctionnement fondé sur la participation et l'échange, permet de favoriser la relation entre les différents structures et personnes concernés, avec pour conséquence une **meilleure adéquation des ressources disponibles et des besoins**, et donc **l'amélioration de la prise en charge des patients.**

.b.1.6.1Définition

Le guide de l'ANAES publié en 1999, inclut les réseaux de soins dans un concept plus large de réseaux de santé défini ainsi : « un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et /ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. […] Les réseaux se caractérisent par leurs finalités (domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, types d'activité), leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants (membres ou partenaires du réseau), leurs modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance. »

Les modalités de constitution et les objectifs des réseaux ont été définis par la loi sur le droit des malades de 2002.

Le financement du fonctionnement de ces réseaux et de leurs actions ciblées est subordonné à leur accréditation et repose sur des subventions de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.

.b.1.6.2Les différents types de réseaux en périnatalité

Dans son rapport : « Vingt propositions pour une politique périnatale » remis en 2002, la commission ministérielle propose de **renforcer le fonctionnement en réseau**. Plusieurs types de réseaux se sont ainsi progressivement mis en place.

- **Les réseaux inter établissements :**

Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, les décrets de périnatalité de 1998 ont prévu l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement pédiatrique adapté à leur niveau de risque. Trois niveaux soumis à autorisation ont ainsi été définis pour atteindre cet objectif :

- Les maternités de niveau 3 disposent d'un service de néonatologie et de réanimation néonatale situés sur le même site.

- Les maternités de niveau 2 doivent posséder, sur le même site, un service de néonatologie ou de soins intensifs néonatals.

- Les maternités de niveau 1 ne sont associées ni à un service de réanimation néonatale, ni à un service de néonatologie sur le site.

- **Les réseaux ville /hôpital :**

Dans le domaine de la périnatalité, de nombreux réseaux ville/hôpital se sont créés et fonctionnent efficacement dans la prise en charge de la grossesse et de la période postnatale. Il s'agit le plus souvent de réseaux pluri institutionnels et pluri professionnels, basés sur une adhésion volontaire et individuelle de chaque participant. Leur objectif est « d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale, pré, per et post natales des mères, des fœtus et des nouveaux-nés, en optimisant la communication et la coordination entre les différentes structures et intervenants, publics et privés, et en organisant la formation dans ce domaine ».

- **Les réseaux de suivi pédiatrique :**

Ces réseaux sont destinés au suivi des enfants « à risque », ils sont un complément logique et indispensable aux réseaux régionaux de soins périnatals.

.b.2Les exemples

.b.2.1Lyon : le système SOPREA

Depuis 1993, la maternité de l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon offre aux accouchées la possibilité d'une sortie précoce avec suivi à domicile par des sages femmes de la maternité. Il a été créé à l'initiative du chef de service monsieur G. Mellier et de la surveillante chef mademoiselle Chabre. Un sondage avait montré que près de 40% des accouchées de cette maternité étaient intéressées par un retour précoce à domicile.

Deux sages femmes travaillent à temps plein dans le service. Elles sont salariées de l'hôpital au même titre que leurs collègues de la maternité. Elles effectuent des gardes de 8h à 18h. Le service SOPREA fonctionne 7 jours sur 7. Elles effectuent en moyenne 6 visites par jour à domicile et sont joignables toute la journée par l'intermédiaire d'une messagerie vocale. En moyenne, les sages-femmes effectuent 2,8 visites par patientes.

La maternité de l'hôpital Edouard Herriot est une maternité de niveau 3 ou naissent environ 2800 bébés chaque année. L'activité du service SOPREA concerne **27% des accouchées, avec une large majorité de multipares : 74%**. En 10 ans, le service SOPREA a été le sujet de 2 thèses de médecine, quatre mémoires d'étudiantes sages-femmes et d'un mémoire d'étudiante puéricultrice.

A ces occasions, des enquêtes de satisfaction ont été réalisées auprès des patientes suivies dans le service. Une grande majorité des mamans ont été satisfaites par cette formule de séjour. La plupart des mères disent qu'elles ne seraient pas sorties plus tôt sans la proposition de visite d'une sage-femme. Elles ont apprécié la disponibilité des

sages-femmes, les conseils donnés et la possibilité de rappeler le service en cas de problème.

La thèse de médecine générale de Marion Berry avait comme objectif de vérifier que les sorties précoces n'était pas à l'origine de réhospitalisation des nouveaux-nés ou des mamans, soit pour des raisons médicales non dépistables avant la sortie, soit pour des raisons d'incompétence ou d'anxiété parentale liées à la brièveté du temps d'apprentissage à la maternité. Elle a fait une étude rétrospective des dossiers obstétricaux des patientes et des bébés ayant été réhospitalisés pendant la période de 1996-2001. Durant ces 6 années, sur 4126 patientes ayant bénéficié du système SOPREA à leur sortie, 8 mères et 2 bébés ont été hospitalisés. Sur les 8 mères seules 4 étaient sorties précocement, un seul bébé était sorti au 3ème jour. L'étude précise de ces 5 dossiers lui a permis de conclure que le retour précoce ne pouvait être incriminé dans la survenue des pathologies et que la prise en charge n'aurait pas été beaucoup plus rapide ni très différente si les patientes étaient restées à l'hôpital.

A Montmorency, on retrouve un système comparable au service SOPREA. Depuis 1993, l'augmentation du nombre des accouchements a obligé le Dr Cleophax à diminuer la durée de l'hospitalisation. Les accouchées volontaires sortent au 3ème jour de la maternité et sont suivies à leur domicile pendant 2 ou 3 jours.

.b.2.2HAD de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Le service d'HAD réalise le suivi après RPDA, ou il participe à ce suivi au sein d'un réseau (CHU Caen, réseau Santé Service, réseau Isère).

L'Ile de France a un taux brut de natalité supérieur au taux français, 15,05/1000 habitants en 1999 contre 12,58/1000 habitants pour la France. Depuis 1992, Santé Service participe à la demande des établissements hospitaliers parisiens, à la prise en charge des post-partum pour pallier la saturation des maternités publiques. Depuis 1997, Santé Service est actif dans la prise en charge du post-partum dans 4 hôpitaux publics : Lagny, Villeneuve Saint-Georges, Pontoise et depuis 2001, Argenteuil.

La patiente doit satisfaire à un certain nombre de conditions pour bénéficier des services de l'HAD.

Un dossier est établi pour permettre la transmission des données et la continuité des soins. Le service d'HAD fonctionne de 8h30 à 17h30, 7 jours sur 7. Un système de garde prend le relais en dehors de ces plages horaires.

Pour les accouchements par voie basse, l'hospitalisation à la maternité dure 3 jours et le suivi par l'HAD 4 jours supplémentaires ; après une césarienne, la durée de séjour à la maternité est de 4 ou 5 jours, suivis d'une prise en charge en HAD pour 4 à 5 jours supplémentaires.

Le service d'HAD a recours à un réseau de sages-femmes libérales et d'infirmières pour le suivi à domicile. L'HAD prend en charge deux consultations par le médecin traitant ou par le pédiatre, si nécessaire.

La sortie précoce en HAD est proposée aux patientes au décours de leur accouchement à J2 par le service de maternité de l'hôpital et fait également l'objet d'une information préalable, délivrée lors d'une consultation de suivi de grossesse ou de cours sur l'accouchement.

La réussite de cette action repose sur la motivation de la patiente, l'adhésion du système libéral de l'HAD, ainsi que sur la qualité des relations partenariales entre les différents intervenants au domicile (service prescripteur, Santé Service, les sages-femmes libérales, les pédiatres de ville ou le médecin traitant).

.b.2.3Grenoble

En 1985, à Grenoble, débute le premier service d'HAD en post-partum. Cette structure fonctionne depuis près de 10 ans et fournit donc des données alimentant la réflexion sur son développement possible.

Le service HAD est sous la direction d'un chef de service assisté par une surveillante ; 4 sages-femmes travaillent en coordination avec une équipe d'assistantes sociales et un interne de médecine générale.

La structure obstétricale comprend 14 lits. Le service HAD assure la permanence des soins de 8h30 à 20h tous les jours y compris dimanche et jours fériés (pour ces jours, une seule sage-femme assure la tournée). Entre 18 et 20h, tout appel téléphonique est transmis au SAMU qui contacte la sage-femme de permanence par un système « alphapage ». De 20h à 8h , le lendemain matin, les patientes peuvent appeler leur maternité d'origine où l'obstétricien décide de la conduite à tenir.

Les admissions sont enregistrées tous les jours, ce qui permet aux femmes, toujours volontaires, de rentrer chez elles quel que soit le jour. Sur appel de la maternité, la sage-femme effectue toujours une visite préalable à l'hôpital, auprès de la femme, pour une première prise de contact et une explication du fonctionnement. Les sages femmes adaptent leurs passages aux besoins des familles : un ou deux passages par jour. L'autorisation de sortie de l'HAD est délivrée à la mère par la sage-femme de l'HAD. L'enfant est examiné par un médecin généraliste, un pédiatre ou une consultation de PMI, au choix des parents.

Une enquête d'évaluation a été réalisée de septembre 1988 à décembre 1988 au moyen d'un questionnaire qui a été rempli par 75 femmes sur les 120 admises en HAD. Le degré de satisfaction des femmes apparaît excellent : 97% de taux de satisfaction. La majorité des femmes estime que l'HAD améliore les relations mère enfants, et ceci est la raison essentielle de leur choix. La quasi-totalité des femmes ont manifesté le désir de renouveler l'expérience pour une nouvelle naissance.

\4BÉNÉFICES ET INCONVÉNIENT DU RPDA

)ABÉNÉFICES

.a.1Pour la mère

.a.1.1Rapprochement familial

La sortie précoce de maternité prend davantage en compte la **dimension familiale de la naissance**, en limitant la séparation avec les aînés, et en permettant au **père** de **s'impliquer** plus rapidement dans les soins au nouveau né.

Les mères appréhendent souvent les réactions de leurs autres enfants à leur hospitalisation en maternité et invoquent souvent cette raison pour motiver leur demande de sortie précoce.

La mère s'adapte plus facilement au rythme du nouveau né à domicile, et le cadre familial favorise une meilleure récupération.

Le RPDA s'intègre dans une **perspective familiale.**

.a.1.2Satisfaction des mères et des couples

Plusieurs études françaises et étrangères montrent une satisfaction des patientes et de la famille en cas de RPDA. Quand celui-ci est choisi par le couple, le suivi par une sage-femme au domicile est vécu de façon positive par la famille.

.a.1.3Encouragement à l'autonomie de la mère

Un des principaux objectifs du séjour en maternité pour la mère est l'apprentissage des soins pour le nouveau né et l'acquisition d'une certaine autonomie qui lui permet de retrouver son domicile confiante.

La sortie précoce, si elle est **souhaitée par le couple** et **organisé avec un suivi à domicile**, apporte un gain en autonomie à la mère, la renforce dans sa capacité à se sentir mère et lui renvoie une image positive d'elle-même. Françoise Gonnaud nous rappelle le rôle fondamental des soignants au sein de la maternité, lieu de transmission privilégié qui permet à des sages-femmes et des puéricultrices de transmettre le minimum pour que des parents gagnent cette autonomie et se forment à devenir parents. Cette formation qui peut être accélérée du fait d'un RPDA doit être poursuivie à domicile.

.a.2Pour l'enfant

.a.2.1Lien mère enfant renforcé

Un bébé existe et ne « survit » psychiquement qu'au travers des relations qui s'établissent dans le maternage et le nursing entre lui et les personnes de son entourage. Le bébé accède à une certaine tranquillité émotionnelle à travers la cohérence des soins mais aussi dans le repérage d'un **sentiment de continuité**. Le domicile, lieu rassurant pour les parents, connu en anténatal peut contribuer à ce sentiment de continuité. Pour qu'un bébé se sente en sécurité psychique il faut que ses parents le soient aussi et qu'ils aient suffisamment confiance. Ce sentiment de sécurité psychique dépendra du repérage initial des aides possibles qui seront offertes de façon systématique (passage d'une sage-femme à domicile, réseau de périnatalité…)

.a.3Pour le père et la famille

.a.3.1Meilleure implication et renforcement de la paternité

Le raccourcissement du séjour en maternité sollicite davantage le père pour une participation aux tâches ménagères et aux soins prodigués au nouveau-né. Depuis le 01/01/2002, un congé paternité de 11 jours est accordé aux pères dans les 4 premiers mois suivant la naissance. En 2002, 250 000 pères ont bénéficié de ce congé. Selon

le rapport de la DRESS, la quasi totalité des pères interrogés considèrent qu'ils ont aidé la mère à la fois sur le plan matériel (tâches ménagères) et sur le plan psychologique. Ils expriment leur satisfaction d'avoir pu s'occuper du nouveau-né et d'avoir partagé un moment fort de la vie de famille.

.a.3.2Pour la fratrie

Le RPDA limite les problèmes de garde d'enfants liés à l'hospitalisation de la mère. Les enfants aînés apprécient la diminution du temps d'absence de la mère lié à l'hospitalisation.

)BINCONVÉNIENTS

Les complications médicales du post-partum n'étant pas toujours prévisibles, le RPDA pourrait entraîner des risques pour la mère et l'enfant, s'il altère la continuité de leur surveillance médicale. Il importe de bien connaître les risques potentiels liés au retard de diagnostic et de la prise en charge de la mère et de l'enfant afin de les anticiper lors de la création d'une structure de RPDA.

.b.1Pour la mère

.b.1.1Infections

Les complications infectieuses représentent **la plupart des causes de réadmissions maternelles.** Les infections du post-partum sont les endométrites, les infections urinaires, les infections de la plaie périnéale ou de l'incision de césarienne et les mastites. Le RPDA pourrait entraîner un retard au diagnostic et à la prise en charge de ces infections. La plupart des auteurs concluent que les complications infectieuses sont rares, surtout si la sélection des mères éligibles est rigoureuse.

Les facteurs de risque infectieux doivent être soigneusement évalués :

- Hémorragie pendant la grossesse, le travail ou la délivrance ;
- Rupture prématurée des membranes (>6 heures) ;
- Hyperthermie pendant le travail ;
- Travail long ;
- Touchers vaginaux répétés (>10) ;
- Césarienne ;
- Manœuvres à l'accouchement (forceps)
- Gestes endo-utérins (tocographie interne, délivrance artificielle, révision utérine) ;
- Plaie vulvaire, vaginale ou périnéale.

Une femme candidate au RPDA doit être **apyrétique depuis au moins 12 heures**. Une fièvre de 38°, constatée deux fois à moins d'une heure d'intervalle, pendant ou après l'accouchement, contre-indique le RPDA.

.b.1.2Césariennes

La césarienne comporte davantage de risques thromboemboliques, hémorragiques et infectieux qu'un accouchement par voie basse, surtout si elle est réalisée en urgence ou après un travail long. Elle nécessite un dépistage rigoureux des complications post opératoires. Les femmes ressentent plus d'inconfort et ont plus besoin d'aide et de soutien pour les soins aux nouveau-nés.

En cas de césarienne, le risque infectieux représente la principale cause de morbidité.

.b.1.3Hémorragies

Le risque hémorragique initial est maximal dans les 24 premières heures après la naissance.

L'hémorragie des suites de couches survient du deuxième au trentième jour suivant la naissance. Ce type d'hémorragie touche environ 1% des femmes. Il y a trois causes principales à cette hémorragie :

- L'infection puerpérale ;
- La rétention placentaire ;
- L'inertie utérine.

.b.1.4Prise en compte de la gestion de la douleur

La douleur du post-partum est une réalité mieux appréhendée aujourd'hui. Il s'agit surtout de douleurs **post-opératoires de la césarienne**, de douleurs du périnée liées à l'**épisiotomie** et de douleurs liées à **l'allaitement maternel**.

Les douleurs liées à l'allaitement maternel sont une des premières causes invoquées par les femmes comme motif de son abandon. La plupart de ces douleurs peuvent être prévenues par des conseils sur la position adéquate du nouveau-né au sein.

Les mères craignent de ne pas pouvoir bénéficier à domicile d'une réponse immédiate à la douleur, si elle se manifeste. La prescription d'analgésique doit tenir compte de la précocité de la sortie, et de la capacité de la mère à gérer cette prescription. La prescription peut être réajustée si nécessaire lors des visites de suivi à domicile.

.b.1.5Fatigue

La grossesse et l'accouchement représentent un bouleversement physique et psychologique. La mère a un besoin légitime de repos pendant la période des suites de couche, phase d'adaptation et de récupération. Une enquête réalisée dans le Finistère en 1998, afin de connaître l'opinion des femmes sur l'opportunité de la sortie précoce, montre que les mères désirent prolonger le séjour en maternité pour se reposer. La fatigue de l'accouchement, celle liée aux tâches domestiques, et celle lié aux autres enfants constitue un obstacle au désir de rentrer plus tôt à la maison.

Cependant, l'organisation des services hospitaliers prend peu en compte les rythmes particuliers du couple mère-enfant : réveil matinal, chambre à deux lits, passages fréquents du personnel, visites de l'entourage, bruits dans la maternité…le repos est il possible en maternité ?

Des études ont montré que le degré de fatigue et de difficultés psychologiques des mères augmenterait avec le temps écoulé depuis la naissance, indépendamment de la durée de séjour en maternité.

.b.1.6Charge familiale

Le RPDA expose la mère à une reprise accélérée de ses tâches familiales et donc à un surcroît de fatigue. L'éloignement des familles rend difficile l'entraide familiale. Le **congé de paternité** pourrait être davantage profitable à la mère, à condition que le père soit présent dès la sortie de maternité.

.b.1.7Psychologique

L'anxiété maternelle et parentale risque d'être majorée, en cas de RPDA.

Le **baby blues** se produit vers le troisième jour après l'accouchement, il touche 45 à 80% des accouchées, l'hospitalisation permet un soutien des femmes pendant cette période vulnérable. Le plus souvent ce syndrome est bénin et régresse spontanément rapidement. Son intensité nécessite parfois une prise en charge psychologique plus importante, et il peut précéder une authentique dépression du post-partum.

La **dépression du post-partum toucheraient 10 à 20% des mères** dans les deux semaines à six mois suivant la naissance. Elle est associée à des facteurs de risque psychosociaux : antécédents de dépression, dysfonctionnement de la personnalité, manque de soutien social.

La revue de la littérature effectuée par Grullon ne trouve pas de preuve d'un impact du RPDA sur la dépression du post-partum.

L'auto questionnaire EPDS (« Edinburgh Postnatal Depression Scale ») est un outil de dépistage de la dépression validé dans le post-partum, il peut également être utilisé pendant le troisième trimestre de la grossesse (annexe 6)

.b.1.8Risque d'échec de l'allaitement maternel

Un des objectifs de l'hospitalisation en suites de couches est l'apprentissage de la conduite de l'allaitement. L'arrêt prématuré de l'allaitement maternel, par manque de soutien et d'encouragement est un risque potentiel du RPDA.

Boulvain a montré que le pourcentage de femmes qui arrêtent l'allaitement durant la première semaine et durant le premier mois est identique pour les femmes sorties précocement avec suivi à domicile par sage-femme et celles hospitalisées 4 à 5 jours.

En France, il n'y a pas d'étude sur l'incidence des sorties précoces de maternité sur la durée de l'allaitement maternel.

Les recommandations de l'ANAES sur l'allaitement maternel stipulent que le soutien des mères qui allaitent par des professionnels formés ou des associations de mères allaitantes diminue le risque d'arrêt prématuré de l'allaitement maternel.

.b.1.9Temps d'apprentissage et d'éducation réduit

Il y a une véritable évolution : autrefois c'était une transmission familiale, favorisée par la proximité de plusieurs générations, aujourd'hui la distension du tissu familial et social invalide ces transmissions de « savoir-faire », la maternité reste un lieu de transmission privilégié, un lieu de transition rassurant.

En l'absence d'anticipation, le RPDA induit un raccourcissement du temps d'apprentissage et d'éducation de la mère. L'absence de « transmission intergénérationnelle » du maternage et de la conduite de l'allaitement rend d'autant plus indispensable cet apprentissage.

Selon Eidelman, dans les 24 premières heures suivant la naissance, la mère n'est pas disponible pour recevoir des informations de type cognitif. Il en conclut que l'apprentissage du maternage doit se poursuivre à domicile.

D'autre part, la rotation accélérée des lits du fait du RPDA provoque une surcharge de travail pour les équipes, et par conséquent le manque de disponibilité du personnel pourrait altérer la qualité de l'accompagnement.

.b.2Pour l'enfant

Durant les 48 à 72 heures après la naissance, le nouveau-né vit des modifications physiologiques importantes. Le séjour en maternité permet l'observation du nouveau-né, de son adaptation à la vie extra-utérine, et le dépistage d'éventuelles malformations congénitales.

Une sortie avant 72 heures de vie survient avant la mise en place de l'allaitement maternel et avant le pic maximum de la bilirubinémie. Les pédiatres sont donc souvent les plus réticents vis-à-vis de la sortie précoce, par crainte de retard dans la prise en charge de pathologies et des risques de réhospitalisation du nouveau-né.

Les principales causes de morbidité et de recours aux services de santé dans le cadre de sorties précoces de maternité, sont par ordre de fréquence décroissante :

- L'ictère
- La déshydratation
- Les problèmes d'alimentation
- Les retards à la prise en charge de pathologies néonatales, en particulier les infections, les cardiopathies

- Les infections de la peau et du cordon

.b.2.1L'ictère

L'ictère dit physiologique résulte de l'immaturité hépatique et touche 30 à 40% des nouveaux-nés à terme, c'est une manifestation banale au cours de la première semaine de vie ; il apparaît vers le 2 ou 3ème jour de vie et atteint son maximum vers le 4 ou 5ème jour de vie.

Les étiologies de l'ictère non physiologique sont multiples : infections, incompatibilité foeto-maternelle …cet ictère apparaît plus précocement dans les 24 premières heures de vie pour un nouveau-né à terme.

Un ictère prolongé au-delà du 7-10ème jour de vie doit faire rechercher une autre étiologie : ictère au lait maternel, déficit en glucose 6 phosphate déshydrogénase, mucoviscidose…

Le risque majeur de l'hyperbilirubinémie est l'ictère nucléaire, complication redoutable pouvant entraîner le décès ou des séquelles graves.

L'Académie de Médecine Française s'est récemment alarmée du risque de réapparition d'ictère nucléaire, du fait du développement du RPDA en France. Elle préconise que l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge des nouveaux-nés reçoive « des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de préventions des ictères intenses ».

Nous reviendrons plus tard sur ces recommandations.

L' American Academy of Pediatrics donne comme facteurs de risque de développer une hyperbilirubinémie sévère les critères suivants (par ordre d'importance décroissante) :

- Ictère des 24 premières heures
- Ictère visible avant la sortie
- Antécédent d'ictère grave dans la fratrie
- Grossesse entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée
- Allaitement maternel exclusif
- Population d'origine est-asiatique
- Hématome, céphalhématome
- Age maternel < 25 ans
- Nouveau-né de sexe masculin
- Incompatibilité rhésus et ABO
- Déficit en G6PD

La sélection des nouveaux-nés éligible au RPDA doit être rigoureuse et tenir compte des facteurs de risque d'ictère sévère. L'organisation du suivi doit garantir une prise en charge adaptée au dépistage de l'ictère. Les parents doivent bénéficier d'une information sur l'ictère et savoir quand consulter.

.b.2.2Conduite de l'allaitement maternel inadaptée

Les risques liés à une conduite de l'allaitement inadaptée ou mal encadré sont une courbe de poids non satisfaisante, une perte de pois importante entraînant une déshydratation.

Le nouveau-né doit avoir au moins 3 mictions par jour les 2 premiers jours et 6 mictions par jour ensuite. Sinon, cela peut être un signe de déshydratation, confirmé par la perte de poids, l'examen de la fontanelle antérieure et la recherche d'un pli cutané.

L'évaluation de la conduite de l'allaitement doit être faite par les professionnels de santé avant la sortie : l'efficacité de la têtée, c'est-à-dire le transfert effectif de lait doit être vérifié.

.b.2.3Risque de retard à la prise en charge de pathologies

.b.2.3.1Infections materno-fœtales

Les principales infections se déclarant dans les premiers jours de vie sont les infections materno-fœtales bactériennes et les infections herpétiques néonatales. 95% des infections surviennent dans les 48 premières heures.

Selon l'ANAES, la surveillance clinique doit être rapprochée durant les 24 premières heures et ne devrait donc pas rendre possible une sortie de maternité avant ce délai.

En cas de RPDA, les parents doivent connaître les signes nécessitant une consultation en urgence.

.b.2.3.2Infections cutanées

Il y a peu d'étude évaluant ce risque dans la littérature.

.b.2.3.3Cardiopathies

Les changements physiologiques progressifs après la naissance dans le système cardio respiratoire précèdent l'apparition des signes indicateurs de certaines malformations cardiaques congénitales.

La **décompensation des cardiopathies** se fait le plus souvent vers **J8/J10**, ce n'est donc pas un problème spécifique de la sortie précoce. Cependant, Kessel estime qu'une sortie trop précoce, entre 24 et 48 heures, complique le dépistage des malformations cardiaques.

Une modification de la qualité du murmure cardiaque et de la perception des pouls fémoraux intervenant entre l'examen initial et l'examen réalisé lors du suivi doit alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque.

.b.2.3.4Autres malformations

Les malformations digestives les plus fréquentes sont de type obstructives : sténose ou atrésie. Un des signes les plus évocateurs est un retard à l'évacuation du méconium après 36 heures.

L'AAP préconise que le nouveau-né ne puisse sortir de maternité avant d'avoir eu 2 repas réussis, c'est à dire que l'enfant tête bien, de façon coordonnée et qu'il avale correctement, et d'avoir uriné et eu au moins une selle.

.b.2.4Oublis de test de dépistage

Plusieurs études relatives au RPDA ont constaté une plus grande fréquence d'oubli des tests de dépistage.

En cas d'hospitalisation classique, ils sont réalisés à J3.

Les tests de dépistages concernent les pathologies suivantes :

- La phénylcétonurie : test de Guthrie, pour lequel l'enfant doit avoir reçu une alimentation depuis 72 heures
- L'hypothyroïdie
- L'hyperplasie congénitale des surrénales
- La mucoviscidose
- La drépanocytose pour les populations à risque

Un prélèvement trop précoce pourrait affecter la performance de ce bilan.

En France, en cas de sortie précoce, ces tests sont réalisés par l'équipe chargée du suivi à domicile. En cas de sortie avant 72 heures de vie et sans suivi précoce programmé, les équipes demandent aux mères de ramener leur enfant à la maternité pour effectuer ces tests. La réalisation effective des tests est contrôlée par l'équipe de la maternité, qui le cas échéant reconvoque la mère.

.b.2.5Oublis de l'administration de la vitamine K

La vitamine K est prescrite à tout nouveau-né afin de prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né. La prescription est de 2 mg par voie orale, administrée en deux fois, à la naissance et entre J3 et J5.

Les enfants nourris au sein ont un risque accru de déclarer une forme tardive de la maladie hémorragique, que prévient une administration hebdomadaire systématique de vitamine K.

\5CONDITIONS REQUISES POUR UN RPDA

Il convient d'être rigoureux et de respecter un certain nombre de critères de sélection dans le choix des couples mères enfants éligibles au RPDA pour garantir leur sécurité.

)AAVANT LA NAISSANCE

.a.1L'information

Une information préalable pendant la grossesse sur la possibilité d'un RPDA doit être donnée dans les maternités ou par les professionnels extérieurs, d'où l'importance de diffuser l'information régulièrement.

Un moment idéal pour donner cette information peut être celui des séances de préparation à la naissance, mais seulement 43,7% des femmes suivent ces cours. On envisage ainsi que l'entretien du 4ème mois devienne ce moment privilégié pour faire part au couple de la possibilité d'un RPDA, tout en l'intégrant dans le projet de naissance.

Dans « comment mieux informer les femmes enceintes », l'HAS recommande aux médecins généralistes, au cours de la consultation du 4ème mois, de « proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple avec une sage femme ou un autre professionnel de la périnatalité afin de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet de naissance ; de repérer des situations de vulnérabilité, les signes de violences domestiques, et d'orienter vers un éventuel soutien spécialisé ; de leur donner des informations utiles sur les ressources de proximité ; de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés »

L'information du couple sur la possibilité d'un RPDA doit porter sur les modalités du suivi, les indications et contre-indications, les avantages et les limites afin que cette décision soit un véritable choix éclairé.

.a.2L'accord de la patiente et de sa famille

Le couple doit être consentant et doit avoir choisi le RPDA si l'on souhaite que celui-ci soit bien vécu et non ressenti comme un abandon.

.a.3La sélection

L'entretien prénatal précoce du 4ème mois permet une **évaluation médico-psychosociale** afin de dépister les situations à risque.

Les femmes présentant une **grossesse pathologique** ne sont **pas admissibles au RPDA,** une surveillance médicale accrue est nécessaire pour ces patientes dans le post-partum.

Les facteurs de risque psycho sociaux à prendre en compte son les suivants :

- Le manque de soutien social, surtout si la femme est seule et primipare
- L'absence de domicile fixe
- Un antécédent de violence conjugale
- Un antécédent de dépression ou de psychose
- Les antécédents de maltraitance
- La toxicomanie
- L'âge maternel de moins de 18 ans.

La présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs de risque doit nous rendre plus vigilant. Il est dans ces cas là **peu raisonnable de proposer un RPDA**.

Le respect de ces conditions demande une organisation des professionnels de santé, pour une meilleure anticipation du RPDA.

)BAPRÈS LA NAISSANCE

.b.1Concernant la mère

.b.1.1Le consentement

Le consentement de la patiente est la **première condition nécessaire au RPDA**. Ce consentement est révocable à tout moment et jusqu'à la sortie.

.b.1.2Les critères médicaux

- La mère n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux nécessitant une surveillance particulière en suites de couches
- La grossesse a été suivie et déclarée
- Le RPDA est autorisé après une évaluation des risques hémorragiques, thrombo-emboliques, infectieux et périnéaux
- La grossesse s'est déroulée normalement et l'accouchement a eu lieu sans complication entre 37 et 41 semaines d'aménorrhées révolues
- Il n'y a pas eu d'hémorragie grave de la délivrance

- Les suites immédiates sont simples

- L'examen clinique est normal : état général, seins, utérus, lochies, cicatrice, transit, miction

- La température et les signes vitaux sont normaux, une température >38°C constatée deux fois à une heure d'intervalle contre indique le RPDA

- Contrôle de la douleur

  Il faut être vigilant par rapport au contrôle de la douleur. Des antalgiques doivent être proposés et prescrit de façon systématique

- La mère peut se déplacer normalement

- En cas de césarienne, les suites immédiates sont simples : la femme se déplace sans aide, elle tolère une alimentation normale, elle urine normalement, l'auscultation digestive est normale, la cicatrisation de plaie est satisfaisante, la femme est non fébrile depuis au moins 24 heures. En cas de sortie dans les 48 heures suivant la naissance, une numération est prévue pendant le suivi à domicile

- La prévention de l'iso-immunisation rhésus est réalisée

- Un contrôle de la négativité de la sérologie toxoplasmose est effectué

- La vaccination contre la rubéole est à jour ou prévue

.b.1.3Les critères psychologiques

Il est nécessaire d'évaluer l'état psychologique de la mère. La mère doit être perçue comme étant sereine à la perspective du retour domicile et se sent capable de rentrer chez elle, de s'occuper d'elle-même et de son bébé

.b.1.4Les critères socio économiques

Les conditions de vie et le besoin d'aide sociale sont à réévaluer à la naissance. La mère ne doit pas être isolée au domicile. Si besoin elle peut bénéficier d'aides sociales comme des aides ménagères ou autres….

.b.1.5Autonomie

L'équipe de la maternité évalue les capacités de la mère à s'occuper de son nouveau né. L'apprentissage des soins au nouveau né est un temps primordial à la maternité avec des professionnels compétents. Si le RPDA induit en quelques sortes une « formation accélérée », idéalement, cette formation doit être poursuivie pendant le suivi à domicile après la sortie pour une continuité des soins.

Un support écrit reprenant des conseils de puériculture, d'éducation et de prévention est remis à la mère, ce document peut aborder les thèmes suivants :

- Rythmes de vie de l'enfant : veille, sommeil, pleurs, savoir reconnaître quand le bébé a faim

- Mode d'alimentation de l'enfant
- Préparation des biberons, stérilisation
- Allaitement : position du bébé au sein, prise du sein, quantité avalée
- Fréquence des selles et urines
- Signes de croissance normale et de déshydratation
- Soins du cordon, toilette, bains
- Signes de pathologies ou signes d'alerte (ictère, hyperthermie, hypothermie, perte de poids…) nécessitant une consultation médicale
- Sécurité de l'enfant : position de couchage (prévention de la mort subite du nourrisson), transport en siège-auto

Il convient également de rappeler aux mamans l'intérêt de la visite post natale, de discuter de la contraception envisagée.

.b.2Concernant l'enfant

.b.2.1Les critères cliniques

- Le déroulement de la grossesse, du travail et du post-partum immédiat est physiologique
- Le nouveau né est né à terme entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée
- L'apgar à 5 minutes est supérieur à 7
- L'examen clinique « attentif » est normal, et atteste une bonne adaptation à la vie extra utérine
- La normalité anatomique est vérifiée, l'examen des hanches est normal
- Les signes vitaux sont stables et normaux durant les 12 heures précédant la sortie
- Le rythme respiratoire est de 60 par minute
- Le nouveau né ne présente pas d'apnée et sa saturation en oxygène se situe dans les limites de la normale
- Le rythme cardiaque est compris entre 100 et 160 battements par minute
- La température axillaire est comprise entre 36,1 et 37°C, chez un enfant en lit et habillé normalement
- Le nouveau né a uriné et a eu au moins une selle

- L'alimentation est établie : « contrôle de 2 repas réussis et documentés », le nouveau né est capable de coordonner la succion, la déglutition et de respirer simultanément

- La perte de poids reste inférieure à 7% du poids de naissance. Ce critère semble plus pertinent en particulier pour les nouveaux nés allaités que le critère « prise de poids »

- Le nouveau né ne présente pas de troubles digestifs, l'émission du méconium a eu lieu dans les 24 premières heures de vie

- Si la mère est porteuse d'un streptocoque B vaginal, et que le protocole de prise en charge de l'infection materno-fœtale a été respecté en per-partum, le nouveau né est surveillé 48 heures. Les prélèvements biologiques sont connus et normaux avant la sortie

- Aucun ictère n'est apparu dans les 24 premières heures de vie

- Il n'y a pas eu d'administration de naloxone

- La vaccination du nouveau né contre l'hépatite B est réalisé si la mère est porteuse de l'Ag Hbs

.b.2.2Critères biologiques et examens complémentaires

Si la **mère est porteuse de streptocoque B vaginal** et que le protocole de prise en charge n'a pas été appliqué ou partiellement, les prélèvements bactériologiques doivent être négatifs et le nouveau né asymptomatique cliniquement ;

Si la **mère est de groupe rhésus négatif,** le groupe rhésus de l'enfant est recherché systématiquement. Elle reçoit alors des gamma-globulines anti-D si le groupe rhésus du nouveau né est positif. L'administration de gamma-globulines anti-D a lieu avant la sortie de la mère de la maternité, avec un test de Kleihauer avant et après injection des gamma-globulines anti-D.

En fonction du jour de départ et du mode d'organisation du suivi, les **tests de dépistage sont réalisés ou programmés**. Si il n'y a pas de garantie absolue que les tests de dépistage peuvent être réalisés après la sortie, la mère et l'enfant ne sortent pas.

La décision de la sortie est une décision mutuelle de l'équipe obstétrico-pédiatrique et de la mère. Cette décision **engage la responsabilité de l'équipe**.

)CAU MOMENT DE LA SORTIE DE LA MATERNITÉ

Une **liste écrite de conseils** est remise à la patiente.

L'équipe s'assure que **la maman sait à qui s'adresser en cas de problème** quelqu'il soit : elle doit connaître les coordonnés du ou des professionnels chargés du suivi.

Le **suivi à domicile est organisé**, la maman, dans l'idéal, a déjà eu un contact avec la sage-femme qui passera à son domicile dans les jours suivants. Une liaison de l'équipe de la maternité avec ce ou ces professionnels est indispensable.

Un **document de transmission** commun permettant le partage des informations entre les professionnels des établissements de santé et ceux chargés du suivi est remis à la mère afin d'assurer la continuité de l'information médicale.

Un résumé d'hospitalisation est transmis au médecin traitant, qui est prévenu des modalités de sortie de la patiente.

\6LE SUIVI À DOMICILE. COMMENT L'ORGANISER SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

)ALES VISITES À DOMICILES

Elles concernent la mère et l'enfant. La date de la première visite doit être fixée avant la sortie de la maternité. Le ou les médecins qui assurent le suivi ultérieur de la mère et de l'enfant doivent être prévenu du retour à domicile. La maman doit s'avoir à qui s'adresser pour la réalisation de l'examen du 8^{e} -10^{e} jour du nourrisson et pour la visite post-natale.

La première visite : elle est **systématique**, le **lendemain si sortie avant J2**, et au plus tard le **surlendemain si sortie à J2**

Deuxième et troisième visite : elles **devraient être systématiques**, et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère.

D'autres visites seront réalisées en fonction du besoin ressenti de la mère et du soignant qui assure le suivi à domicile.

Un **soutien téléphonique** est possible en complément des visites, contribuant à renforcer le soutien à la mère et aux familles.

)BNÉCESSITÉ D'UNE ASSISTANCE 24H/24

La famille doit, à la sortie de la maternité, avoir les coordonnées téléphoniques des professionnels à qui s'adresser en cas de problème, l'équipe chargée du suivi à domicile doit également pouvoir s'adresser à ces professionnels « référents ».

En cas de réhospitalisation nécessaire pour la mère ou l'enfant, l'hospitalisation conjointe devra être favorisée.

)CEXAMEN DE FIN DE PREMIÈRE SEMAINE DE VIE

L'examen du nouveau né de fin de première semaine de vie doit être réalisé entre le 7ème et le 10ème jour de vie. Il permet entres autres d'évaluer l'évolution de l'ictère, l'allaitement et de dépister des malformations cardiaques.

La première semaine de vie est une période cruciale où le nouveau né doit s'adapter à un nouvel environnement pour acquérir une autonomie de ses fonctions vitales et assurer sa croissance. Les premiers jours de la vie sont une période d'observation attentive pour détecter le plus tôt possible le moindre indice de dysfonctionnement grâce à une connaissance appropriée de la physiologie néonatale. Or l'autonomie **des grandes fonctions peut être acquise dans des délais de 3 à 5 jours**, délai qui peut être nécessaire à l'observation d'une pathologie. C'est donc la période où s'effectue un **bilan médical de normalité.** L'Académie Nationale de Médecine rappelle l'importance de se préoccuper de la qualité du suivi néonatal, et recommande la **garantie d'un système de relais** en cas de retour précoce à domicile (**de préférence pas avant 3 jours**), assurant des soins de qualité équivalente à celle proposée en maternité, ainsi que le dépistage des affections congénitales et **l'examen de santé obligatoire du 8ème jour.**

)DELÉMENTS DU SUIVI

.d.1La mère

.d.1.1Prise en compte du risque infectieux

L'examen clinique doit s'attacher à rechercher des signes d'infection urinaire, d'endométrite, de mastite, d'infection de plaie périnéale ou de l'incision pour césarienne.

.d.1.2Prise en compte du risque hémorragique

Les signes d'anémie doivent être recherchés régulièrement, cliniquement et si besoin biologiquement. Si la mère est sortie dans les 24 heures suivant la naissance, un suivi et une vigilance accrue doivent être assurés.

.d.1.3Prise en compte de la douleur

La personne qui assure le suivi à domicile doit s'assurer du bon contrôle de la douleur, et prescrire à nouveau des antalgiques si besoin.

.d.1.4Prise en compte de l'état psychologique

- Anxiété maternelle

  Elle est fortement liée à la fatigue et au manque de confiance en soi de la mère dans son nouveau rôle. Il importe que l'accompagnement à la parentalité soit axé par le soignant sur la prise de confiance et l'autonomisation.

- Baby blues

  Il apparaît vers le 3ème jour après l'accouchement, donc à domicile en cas de sortie précoce. L'équipe de suivi domicile doit en assurer le dépistage et savoir déceler les signes annonciateurs d'une évolution vers une dépression.

- Dépression du post-partum

  Elle survient dans les 2 semaines à 6 mois suivant la naissance. L'utilisation à domicile d'un outil d'auto-évaluation : l'échelle EPDS, validé pour le dépistage de la dépression peut être recommandé.

- Psychose perpuérale

  Elle est beaucoup plus rare : 1 à 2 pour mille grossesses. Elle survient le plus souvent dans le mois qui suit l'accouchement. La possibilité de survenue d'une psychose et ses dangers (actes auto- et hétéro agressifs, notamment envers l'enfant) doivent être connus de l'équipe de suivi à domicile, à qui incombe le repérage précoce de ces symptômes.

.d.1.5Le lien mère enfant

Son évaluation régulière à domicile est essentielle.

.d.1.6Accompagnement de l'allaitement maternel

Le soutien à la mère qui allaite doit contribuer :

- A la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion.

- Au dépistage des signes de déshydratation (courbe de poids, miction).

.d.1.7Soutien aux soins à l'enfant

Il doit prendre en compte le bilan des acquis (fourni par la maternité) et s'adapter aux constatations successives faites à domicile.

.d.2L'enfant

.d.2.1Ictère

- Tout enfant sorti précocement doit bénéficier d'une mesure transcutanée de la bilirubinémie dans les 48h suivant son départ de la maternité (grade C)

- Une sortie à moins de 24h de vie implique de répéter cette mesure quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge (grade C)

- L'ensemble des professionnels en charge du suivi doit avoir reçu « des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses » (Académie Nationale de Médecine) et savoir rechercher leurs facteurs de risque (grade C).

.d.2.2Infections néonatales

Le suivi à domicile doit respecter les recommandations professionnelles existantes sur le risque d'infection néonatale.

.d.2.3Cardiopathies

L'équipe de suivi à domicile doit être attentive à la reconnaissance rapide des premiers signes de cardiopathie. Une modification de l'auscultation cardiaque et de la perception des pouls fémoraux entre l'examen initial et l'examen réalisé lors du suivi doit alerter et faire évoquer le diagnostic de malformation cardiaque, entraînant une prise en charge spécialisée immédiate.

.d.2.4Réalisation des tests de dépistage

L'enfant quittant la maternité avant 72 heures de vie, il est impératif que la réalisation des tests de dépistage soit assuré dans les délais habituels.

.d.2.5Oubli de l'administration de vitamine K

L'équipe de suivi à domicile doit s'assurer que l'administration de vitamine K est effectuée selon la prescription, et sinon y faire procéder.

.d.3Synthèse

Les annexes 4 et 5 résument les principaux éléments du suivi à domicile de la mère et de l'enfant.

\7CONSTRUIRE UN PROJET DE RPDA

)ARECENSEMENT DES RESSOURCES

La première étape consiste à **identifier les ressources** :

- Organisations existantes : service d'HAD, réseaux, associations…

- Démographie médicale et paramédicale du secteur géographique à couvrir.

Il s'agit de faire un **état des lieux** permettant le recensement des professionnels volontaires et disponibles.

)BETABLISSEMENT DU CADRE DE TRAVAIL ET DU RÔLE DE CHAQUE INTERVENANT

Les règles de fonctionnement doivent être débattues largement, pour aboutir à un **cadre de travail consensuel**, qui est retranscrit dans une **charte**.

Cette charte précise notamment les **responsabilités de chacun**, les modalités de prise en charge et de transmission des informations.

)CNÉCESSITÉ DE LA FORMATION DES PERSONNELS PARTICIPANTS

Une formation complémentaire de certains intervenants (hospitaliers et libéraux) est nécessaire, en fonction de leur acquis et mode d'exercice antérieurs.

Cette formation a plusieurs objectifs :

- Optimiser leurs compétences théoriques et pratiques ;
- Acquérir les gestes techniques nécessaires ;
- Former à l'information et à l'apprentissage de la femme dans son nouveau rôle de mère ;
- Former à l'accompagnement de la mère, son écoute, sa mise en confiance vis-à-vis de ses capacités à assurer son rôle de mère ;
- Les aider à s'adapter aux modifications induites dans leur pratique par le travail en collaboration et par le raccourcissement du séjour en maternité ;
- Les intervenants doivent accepter une réactualisation régulière de leurs connaissances.

)DDOSSIER DE LIAISON

Le carnet de maternité, lorsqu'il est utilisé, peut servir de support pour la transmission des informations entre la maternité et le ou les professionnels chargés du suivi. Il est mis à jour par la maternité lors de sa sortie.

Sinon, un document de liaison, contenant les données nécessaires au suivi de la mère et de l'enfant, assure la continuité de ce suivi. Il revient à chaque structure de créer ou de choisir le document de liaison adapté.

DEUXIÈME PARTIE : OBJECTIFS DE L'ETUDE

\8LA SITUATION ACTUELLE AU CHD DE LA ROCHE SUR YON

)APRÉSENTATION DU CHD

Le centre hospitalier départemental La Roche sur Yon – Luçon - Montaigu est un établissement public de santé qui résulte de la fusion, le 1er janvier 2003 de trois établissements :

- Le Centre Hospitalier Départemental situé sur le site des Oudairies à la Roche sur Yon, créé par un décret impérial en août 1808 ;
- Le Centre hospitalier de Luçon, créé en 1669 par lettre patente de Louis XIV ;
- Le Centre Hospitalier de Montaigu, créé en 1696

Le Centre Hospitalier Départemental La Roche sur Yon – Luçon - Montaigu est un établissement multisite qui dispose de 1570 lits et places. Il est à la fois un établissement de proximité avec ses trois services d'accueil des urgences et un établissement de référence par son plateau technique. Il se situe au cœur de l'offre de soins du territoire vendéen.

La Vendée compte 540 000 habitants, la Roche sur Yon en est le chef lieu : ville moyenne de 53 000 habitants, soit 10% de la population.

L'hôpital de la Roche sur Yon compte 849 lits et place.

)BLES MATERNITÉS EN VENDEE

.b.1Localisation des différentes maternités en Vendée :

Il y a quatre maternités :

- Une maternité de niveau 2, équipée d'une unité de néonatologie avec soins intensifs à la Roche sur Yon
- Deux maternités de niveau 1 aux Sables d'Olonne et à Fontenay le Comte.
- La clinique Saint Charles

.b.2Acticité de la maternité de la Roche sur Yon.

- Sur 6178 naissances en 2006 en Vendée, la **répartition selon la commune d'accouchement** est la suivante :
  - 3 628 naissances à la Roche sur Yon , dont :
    - 2629 au CHD de la Roche sur Yon

➢ 999 en clinique privée.

- 970 à Challans ;
- 905 à Fontenay le Comte ;
- 675 aux Sables d'Olonne.

- A la maternité du CHD de la Roche sur Yon, **la répartition du nombre de lits par unité fonctionnelle** est la suivante :
  - UF bloc obstétrical : 3 salles d'accouchements et 5 chambres pré-partums ;
  - UF maternité : 37 lits ;
  - UF grossesses à risques : 15 lits.
- Actuellement à la maternité de la Roche sur Yon, la **durée de séjour** est de :
  - 4 jours après un accouchement par voie basse
  - 7 jours après une césarienne.

\9LES RAISONS D'ENVISAGER UN RPDA AU CHD DE LA ROCHE SUR YON.

)ALES RAISONS ÉCONOMIQUES.

.a.1Evolution de la natalité.

<u>En France :</u>

La natalité poursuit sa croissance en France. En 2004, 766 425 naissances ont été enregistrées en France métropolitaine. La tendance à la hausse observée depuis 1993 se confirme, après le pic de l'an 2000 (773 253 naissances)

<u>Dans les Pays de Loire :</u>

Au cours de la période 1980-2004, l'évolution de la natalité a connu dans les Pays de Loire une évolution comparable à celle de la France, mais avec des tendances plus prononcées.

Entre 1980 et 1993, la **natalité** a connu un **mouvement quasi continu de baisse** dans la région. **Depuis** la **tendance s'est inversée**, le nombre de naissances augmente chaque année, avec un pic en l'an 2000, année au cours de laquelle on a enregistré 44 039 naissances dans la région

En 2006, le nombre de naissances vivantes dans la région a pratiquement retrouvé le niveau de l'année 2000, avec 45 776 naissances. C'est en Loire Atlantique que le mouvement de reprise de la natalité est le plus fort (17 469 naissances en 2006).

En Vendée :

Au 1er janvier 2006, la population des Pays de Loire est estimée à 3,4 millions d'habitants. La région figure au 5ème rang des régions les plus peuplées de France. **La Vendée est le département qui connaît la plus forte croissance de population entre 1999 et 2005 (+ 1,4% par an)**, devant la Loire Atlantique (+ 1,1%).

En Vendée, **en 2006,** on compte **6178 naissances. En 2005,** il y a eu **5909 naissances** en Vendée. A la maternité du CHD, on passe de 2409 naissances en 2005 à 2629 en 2006, soit **220 naissances en plus en une année**.

.a.2Conséquences des restructurations.

Dans la région des Pays de Loire, les dernières années ont été marquées par une réorganisation majeure des soins périnatals. D'importantes restructurations ont été effectuées dans la région.

En Vendée, ces restructurations sont marquées par la **fermeture des petites maternités**, à **Montaigu en 1998** et à **Luçon en 2001**, évoluant **en centres périnatals de proximité**. L'activité de ces deux maternités s'est donc transférée en partie vers les autres maternités de Vendée.

Ces restructurations sont la conséquence d'une démographie médicale défavorable, avec une **densité médicale** dans les Pays de Loire et **en Vendée inférieure à la moyenne nationale, en 2003** :

- La densité médicale de gynécologues obstétriciens en Vendée est de 10,1 pour 100 000 femmes alors que la moyenne nationale est 16,8 pour 100 000 femmes
- De même, il y a 17,8 pédiatres pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans. La moyenne nationale se situant à 50,5 pédiatres pour 100 000 enfants.

Nous envisageons un projet de retour précoce au domicile à la maternité de la Roche sur Yon pour faire face à un **nombre d'accouchements croissant**. Le RPDA permettrait **d'optimiser nos capacités d'accueil**.

\10RÉALISATION D'ENQUÊTE AUPRÈS DES DIFFÉRENTS PARTENAIRES

Pour appréhender au mieux ce projet de retour précoce au domicile après accouchement, nous avons voulu selon les recommandations de l'ANAES, faire un **recensement des ressources**, puis **définir à l'aide d'enquêtes** avec nos différents partenaires la façon de **travailler ensemble**, en mettant en place un **réseau de proximité** pour les professionnels de terrain, un **réseau ville-hôpital**.

TROISIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES

\11RECENSEMENT DES RESSOURCES EN VENDÉE

)ADÉMOGRAPHIE MÉDICALE

.a.1Les médecins généralistes.

Les Pays de Loire recensent 4867 médecins généralistes, soit 145 médecins pour 100 000 habitants, la densité médicale est nettement inférieure par rapport la moyenne française (- 18%).

En Vendée, il y a 807 médecins généralistes soit 141 pour 100 000 habitants. 534 d'entres eux exercent à titre libéral, soit une densité de 93 médecins pour 100 000 habitants.

.a.2Les pédiatres.

On recense en Vendée 21 pédiatres, travaillant en milieu hospitalier, en clinique et exerçant à titre libéral, huit d'entres eux travaillent au CHD de la Roche sur Yon.

.a.3Les gynécologues.

Il y a 28 gynécologues obstétriciens en Vendée, gynécologues libéraux et hospitaliers confondus.

)BDÉMOGRAPHIE PARAMÉDICALE : LES SF LIBÉRALES

Au 1er janvier 2007, on recense 155 sages-femmes en Vendée dont :

- 107 exerçant en milieu hospitalier : 96 dans les établissements publiques de santé, 11 dans les établissements privés de santé.
- 42 sages-femmes libérales.
- 6 salariées dans d'autres structures que l'hôpital.

)CPRÉSENTATION DE LA PMI

.c.1Composition du personnel du service de PMI

Le service de Protection Maternelle et Infantile est placé sous la responsabilité d'un médecin qualifié en pédiatrie qui exerce ses fonctions à temps plein : Dr Lorieau.

Le personnel technique est composé de

- 8 médecins de circonscription.
- 3 cadres supérieurs de santé.
- 43 puéricultrices de secteurs réparties au sein des circonscriptions.
- 4 infirmières.
- 2 sages-femmes à temps plein.

- 2 éducatrices de jeunes enfants.

- Il faut y ajouter les agents administratifs, 5 médecins vacataires assurant des consultations de nourrissons, une psychologue et une éducatrice de jeunes enfants vacataires.

En Vendée, les professionnels de la PMI sont répartis dans neuf centres médico-sociaux principaux ; à la Roche sur Yon (deux centres), à Challans, à Fontenay le Comte, aux Herbiers, à Luçon, à Montaigu, aux Sables d'Olonne et à Saint Gilles Croix de Vie. Ces huit secteurs sont placés chacun sous la responsabilité d'un médecin de circonscription.

Deux postes supplémentaires de sages femmes sont prévus pour répondre aux besoins par rapport à la mise en place de l'entretien prénatal précoce et aux sorties précoce de la maternité.

.c.2Missions et activité de la Protection Maternelle et Infantile

La **protection et la promotion de la santé maternelle et infantile** relèvent de la compétence du département.

Ces missions sont exercées par le servie départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI°), ou par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou privées à but non lucratif.

Elles concernent notamment :

- Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

- Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de familles, particulièrement les plus démunies ;

- Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que des conseils aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

- La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles.

Les actions de la PMI autour de la naissance de l'enfant.

- En prénatal :

  A partir du troisième mois de grossesse et dès réception de la déclaration obligatoire transmise au service par les organismes chargés du versement des prestations familiales, le Conseil Général adresse à toutes les femmes enceintes un document de présentation des circonscriptions d'action sociales et un carnet de maternité. Ce dernier document permet de créer un lien entre les différents professionnels de santé qui seront consultés tout au long de la grossesse et lors de la naissance de l'enfant.

Les déclarations de grossesse sont ensuite envoyées aux sages-femmes du service de Protection Maternelle et Infantile ou aux puéricultrices et assistants sociaux afin de déterminer les futures mères qui doivent bénéficier d'un accompagnement particulier. Les futurs parents présentant des difficultés importantes de santé, sociales voir éducatives feront systématiquement l'objet d'un suivi à l'initiative de la sage-femme ou du médecin de circonscription.

- <u>En postnatal</u> :

  Dès réception de l'avis de naissance, un courrier identique pour toutes les circonscriptions est adressé à chaque famille ainsi qu'un document de présentation approfondie du service de PMI.

Il propose :

- *Une visite à domicile de la puéricultrice de secteur :*

  Pour toutes les **premières naissances** dans le cadre du soutien à la parentalité,

  Pour les **nouveaux –nés présentant une fragilité particulière** (prématurité, retard de croissance intra-utérin, nouveau-né ayant nécessité des soins spécifiques en néonatologie, nouveau-né présentant une pathologie, naissances multiples, familles connues pour des problèmes avérés susceptibles d'entraîner des difficultés dans l'éducation de l'enfant ou son développement)

- *Des possibilités d'un rendez-vous :*

  Lors d'une permanence et/ou en consultation de nourrissons lors des autres naissances.

  Ainsi en 2005, 3215 visites post natales ont été réalisées, pour 7328 naissances, soit 44%, chiffre en baisse, en 2003 : il était de 58,9%. En effet depuis 4 ans, la priorité est mise sur les premières naissances et les nouveaux-nés particulièrement fragilisés.

  Les consultations de nourrissons font partie de l'activité traditionnelle de la PMI, et s'adressent aux enfants de moins de 6 ans, cependant 80% des enfants examinés ont moins de 2 ans.

  Animées par les médecins et puéricultrices du service, les consultations proposées à toutes les familles sont gratuites. 31 points de consultations sont répartis sur l'ensemble du département. En 2005 ; 2175 enfants ont été examinés lors de ces consultations.

<u>Autres missions de la PMI :</u>

- <u>Le service de PMI veille au cadre de vie de l'enfant</u> :

  - *Au domicile des parents* : la puéricultrice est attentive aux besoins de l'enfant et de sa famille.

- *Dans les lieux d'accueil* :

  Chez l'assistante maternelle : le service de PMI délivre l'agrément, accompagne et assure la formation de ce professionnel.

  En structure collective : le service de PMI veille aux bonnes conditions d'accueil des enfants, que ce soit dans le cadre d'un accueil régulier ou occasionnel, en centre de loisirs sans hébergement ou en accueil périscolaire.

- Actions en faveur des enfants handicapés et de la bientraitance ;

  - Le service de PMI assure la prévention, dépiste et accompagne les enfants handicapés en liaison avec les services spécialisés.

  - Il s'emploie à prévenir les négligences et les mauvais traitements. Il propose des mesures d'action éducative.

)DLES CENTRES PÉRINATALS DE PROXIMITE EN VENDEE

Il existe en Vendée **deux Centre Périnatals de Proximité** (CPP), à **Luçon** et à **Montaigu**, fonctionnant avec le concours du service de gynécologie obstétrique du CHD de la Roche sur Yon, établissement référent.

Leurs missions :

- Organiser un réseau de surveillance permettant d'assurer en toute sécurité la prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né tout en maintenant les avantages multiples de la proximité,

- Maintenir les compétences du personnel mis en place en lien avec les équipes des autres établissements de santé et en particulier du Centre Hospitalier Départemental de la Roche sur Yon, avec lequel est établi une concertation sur le plan médical et sur le plan administratif,

- Faire coïncider cette nouvelle structure avec les objectifs fixés dans le cadre de la coopération inter hospitalière et le réseau de soins périnatals des Pays de Loire.

Le centre périnatal de proximité de Montaigu précise sur un rapport de 1998 ses activités et son organisation .

Ses activités obstétricales sont les suivantes :

- *Consultations externes :*

  Le CPP assure :

  - Les consultations de terme et la constitution du dossier pour le site d'accouchement,

- Les consultations post-natales,
- Les cours de préparation à la naissance,
- L'enseignement des soins aux nouveau-nés,
- Les consultations de planification familiale,
- Des consultations spécialisées.

Le Centre Périnatal de proximité fonctionne sous l'autorité du Chef de Service d'obstétrique du CHD de la Roche sur Yon avec le concours d'un personnel médical, sages-femmes et auxiliaires de puériculture qualifiés, et en étroite collaboration avec les médecins traitants et sages-femmes libérales.

- *Surveillance et soins du post-partum :*

  En accord, et/ou à la demande des médecins traitants et du chef de service d'obstétrique du CHD de la Roche sur Yon, les consultations au Centre comme les visites à domicile des sages-femmes du CPP peuvent concerner les patientes à leur sortie post-accouchement. Cette prise en charge a l'avantage de réduire la durée de séjour dans le lieu d'accouchement et dès le retour à domicile, d'apporter au couple mère-enfant le bénéfice d'une surveillance adaptée.

- *Séances de préparation à la naissance*
- *Activités d'information et d'éducation relatives à la mère et à l'enfant.*
- *Soutien psychologique en pré et en post-partum*
- *Consultations de planification familiale.*

  Dans ce système, le médecin traitant est le premier interlocuteur des patientes, et joue un rôle pivot entre les différentes équipes. Il doit pouvoir s'adresser facilement à un interlocuteur compétent : gynécologue obstétricien présent à Montaigu, pédiatre ou sage-femme pour un conseil, un échange, ou un problème particulier concernant sa patiente.

  Un pédiatre est présent sur le site, à raison de trois vacations par semaine pour une activité de consultation et de coordination, permettant une coopération étroite avec le médecin

)EL'HOSPITALISATION A DOMICILE EN VENDÉE.

L'HAD Vendée existe depuis septembre 2003, elle dispose de 70 places depuis le premier septembre 2006, alors qu'il était de 20 places en 2004.

HAD se divise en 4 secteurs sur le territoire Vendéen :

- Une antenne à la Roche sur Yon
- Une à Challans
- Une à Fontenay le Comte
- Une aux Sables d'Olonne.

Originalité en Vendée, l'association s'appuie sur un **réseau de professionnels libéraux** (médecins généralistes, masseurs, infirmières…) choisis par le patient lui-même. Ces professionnels de santé sont rémunérés à la journée selon le tarif proposé par la caisse régionale d'assurance maladie et validé par les partenaires de l'association.

L'HAD ne compte comme salariés que son équipe de coordination composé de trois personnes : un médecin coordonnateur, une directrice et une coordinatrice de réseaux.

375 patients ont été pris en charge en HAD en 2006 soit 14 149 journées d'hospitalisations. La durée moyenne de séjour étant de 38 jours.

\12PLACE DE LA SAGE FEMME : ENQUÊTE AUPRÈS DES SF LIBÉRALES ET DE PMI

)AMODALITÉS DE L'ENQUÊTE

Nous avons réalisé une enquête en janvier 2005 auprès des 38 sages femmes en Vendée : les **36 sages-femmes libérales et 2 sages-femmes salariées de la PMI**. Volontairement, nous n'avons pas interrogé les sages femmes travaillant au sein de l'hôpital ou des cliniques car nous n'envisageons pas que le suivi du post-partum soit assuré par des sages-femmes de la maternité (comme cela se passes à Lyon par exemple avec le système SOPREA). Nous avons inclus les deux sages-femmes de PMI, pour connaître le positionnement des PMI en Vendée face à un éventuel RPDA : cette activité pourrait elle être une de leur missions ?

J'ai adressé à chaque professionnelle un courrier explicatif (annexe 1) sur le sujet de ma thèse : envisager la sortie précoce de la maternité au CHD de la Roche sur Yon, leur expliquant que pour ce projet, je souhaitais connaître leurs motivations et capacités d'investissement professionnel.

Le courrier rappelle les quelques points importants suivants des recommandations de L'ANAES 2004 :

- Le retour précoce à domicile après accouchement correspond à une **sortie à J2** (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un **accouchement par voie basse** ou à **J4 pour une naissance par césarienne.**

- Le retour précoce concerne les couples mères enfants à **bas risque médical**, **psychologique et social**. Selon l'étude AUDIPOG, la sortie précoce s'adresse actuellement **à 7% des femmes** après accouchement.

- Le retour précoce à domicile après accouchement doit s'accompagner d'un **suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile**. En Vendée, le suivi à domicile pourrait être assuré par les sages femmes libérales, l' HAD ou d'autres partenaires à définir : centre périnatal de proximité...

- Une **information** de la mère durant la grossesse doit être donnée, elle doit porter sur les modalités du suivi, les indications et contre indications, les avantages et limites de la sortie précoce, afin que la décision de la patiente soit un véritable **choix éclairé.**

Je leur ai joins un questionnaire avec une enveloppe affranchie.

)BENQUÊTE

Mon questionnaire était le suivant :

- Le retour précoce à domicile est envisagé au CHD de la Roche sur Yon, pour votre clientèle, seriez vous volontaire pour assurer la suite des soins à domicile ?

  □ oui

  □ non pourquoi ?

  Si votre réponse est positive à la question précédente, vous pouvez poursuivre le questionnaire.

- Assureriez vous la suite des soins à domicile également pour des femmes que vous n'avez pas rencontré pendant leur grossesse ?

  □ oui

  □ non pourquoi ?

- Pour le suivi des patientes à domicile, vous êtes prête à effectuer :

□ une visite quotidienne au domicile

□ deux visites quotidiennes au domicile

□ trois visites ou plus dans les jours qui suivent la sortie, en fonction du besoin ressenti.

- Selon vous, l'information initiale de la patiente sur la possibilité d'un retour précoce à domicile après accouchement, doit être donnée par :

  □ le médecin généraliste

  □ la sage femme, lors de l'entretien du 4ème mois ou lors des cours de préparation à l'accouchement

  □ la maternité

  □ une information écrite sur le carnet de maternité

- Pourriez vous accompagner la femme dans son projet de naissance et de sortie précoce de maternité ?

  □ oui

  □ non pourquoi ?

- Si vous rencontrez un problème médical avec une patiente ou son enfant sortie précocement de la maternité, que vous suivez à domicile, vous souhaitez que votre interlocuteur premier soit :

  □ le médecin généraliste

  □ la maternité du CHD (pédiatre ou gynécologue de garde)

  □ l'un ou l'autre selon le choix de la patiente

- Seriez vous prête à étudier un cas de travail avec le pôle naissance du CHD de la Roche sur Yon ?

  □ oui

  □ non

- Avez-vous des craintes particulières de pathologies méconnues :

  - *Pour la mère* :

    □ oui lesquelles ?

    □ non

  - *Pour l'enfant (ictère, infection latente…) :*

□ oui lesquelles ?

□ non

- Une formation complémentaire vous semble-t-elle nécessaire ?

□ oui laquelle ?

□ non

- Vos interrogations et remarques :

\13PLACE DU GÉNÉRALISTE : ENQUÊTE INTERVIEW : IDENTIFICATION DE L'ENVIE D'INVESTISSEMENT DES GÉNÉRALISTES EN VENDÉE

)AMODALITÉS DE L'ENQUÊTE

Nous avons réalisé une enquête auprès d'un échantillon de **52 médecins généralistes tirés au sort**, parmi l'ensemble des médecins généralistes en Vendée, soit un tirage représentant **10% des médecins généralistes en Vendée**. J'ai tiré au sort un médecin généraliste tous les 10 médecins sur une liste alphabétique récupérée sur Internet (pages jaunes).

Dans notre tirage au sort, il y a des médecins de tout le territoire vendéen, y compris des médecins dont les patientes n'accouchent pas au CHD de la Roche sur Yon. Nous aurions pu cibler des médecins dans un périmètre délimité autour de la Roche sur Yon. Volontairement l'enquête est étendue à tout le département pour sonder l'ensemble des médecins généralistes sur leur intérêt pour le sujet.

Je leur ai adressé une lettre explicative définissant le retour précoce au domicile et ses principes selon l'ANAES, sur le même modèle que celui adressé aux sages-femmes(annexe 2). Je leur explique que c'est un projet s'envisageant à la maternité du CHD de la Roche sur Yon, et les informe que je souhaite les interroger à ce sujet.

Par la suite, je les ai contacté par téléphone afin de fixer un RDV pour la réalisation de mon enquête, il s'agissait soit d'un RDV au cabinet ou un RDV téléphonique selon leur choix et disponibilité.

)BENQUÊTE

<u>Mon questionnaire était le suivant :</u>

- Assurez vous le suivi de femmes enceintes ?

□ oui

□ non

- Le RPDA se pratique dans certains hôpitaux en France (Ile de France, Lyon), qu'en pensez vous ?

□ favorable

□ défavorable

□ ne se prononce pas

□ souhaite plus d'information sur l'organisation du suivi à domicile

- Voyez vous ce système comme une perspective d'avenir de la politique actuelle d'économie de la santé ?

□ oui

□ non

- Un projet de RPDA s'organise, avec le réseau de sages femmes libérales de Vendée au CHD de la Roche sur Yon, souhaitez vous être informé des modalités de ce projet ?

□ oui

□ non

- L'information de la patiente sur la possibilité d'un retour précoce au domicile après accouchement, doit être faite en cours de grossesse. Pour vous quel est le meilleur interlocuteur ?

□ le médecin généraliste

□ la sage femme lors des cours de préparation à l'accouchement

□ la maternité

□ une information écrite sur le carnet de maternité (conseil général, PMI)

- Si une de vos patientes choisit de sortir précocement de la maternité, en cas de problème médical, pensez vous qu'elle doit contacter initialement :

□ vous même

□ la maternité

- Si une de vos patientes choisit de sortir précocement de la maternité, souhaitez vous faire l'examen du nouveau né en fin de première semaine de vie ?

□ oui

□ non pourquoi ?

- Seriez vous intéressé par une formation médicale continue sur :
    - *La pathologie du post partum ?*

        □ oui

        □ non
    - *la pathologie du nourrisson au cours du premier mois de vie ?*

        □ oui

        □ non
    - *l'allaitement ?*

        □ oui

        □ non
- Vos interrogations et remarques :

\14PÉDIATRES HOSPITALIERS

)AMODALITÉS DE L'ENQUÊTE

Nous avons interrogé **les huit pédiatres du CHD de la Roche sur Yon,** notre objectif est de travailler avec eux sur l'organisation du RPDA au CHD.

Les autres pédiatres : libéraux, travaillant en clinique ou dans les autres hôpitaux ne sont pas inclus dans l'étude, ils n'interviennent pas dans la prise de décision de sortie précoce au CHD.

Parmi les huit pédiatres interrogés, j'ai **rencontré les 3 pédiatres travaillant et intervenant à la maternité :**

- Dr Brossier, chef du service de pédiatrie.
- Dr Guillerm, qui exerce également une activité libérale à la Roche sur Yon.
- Dr Guitton, qui travaille également au centre périnatal de proximité de Montaigu.

J'ai pu avoir une **discussion ouverte sur le sujet**, recueillir leur avis : craintes par rapport au RPDA, souhaits et exigences sur l'organisation du RPDA au CHD.

Les cinq autres pédiatres, dont l'activité principale est dans les services de pédiatrie et néonatologie, ont répondu au questionnaire, concernés par le sujet, car susceptibles

d'intervenir à la maternité lors de leur garde et d'accueillir en urgence des nourrissons qui seraient sortis précocement.

)BENQUÊTE

Mon questionnaire était le suivant :

- Le retour précoce à domicile après accouchement se pratique dans certains hôpitaux en France (Ile de France, Lyon), qu'en pensez vous ?

  □ favorable

  □ défavorable

  □ ne se prononce pas

- Voyez vous ce système comme une perspective d'avenir dans la politique actuelle d'économie de la santé ?

  □ oui

  □ non

  □ ne se prononce pas

- Que pensez vous de l'élaboration d'un projet, pour la maternité de la Roche sur Yon, de retour précoce à domicile après accouchement avec suivi au domicile par les sages femmes libérales, l'HAD, les CPP… ?

  □ favorable

  □ défavorable pourquoi ?

- Dans l' hypothèse de la possibilité d' un RPDA, selon vous, l'examen de fin de première semaine de vie du nourrisson pourrait être fait : (choix multiple possible)

  □ par vous même en consultation programmée

  □ par le médecin généraliste

  □ par un pédiatre libéral

- Seriez vous prêt à former les médecins généralistes sur la pathologie du premier mois de vie par le biais de FMC ?

  □ oui

  □ non pourquoi ?

- Dans l'hypothèse de la possibilité d'un RPDA, si l'enfant présente un problème médical aigu, il doit être vu par :

□ par le pédiatre de garde du CHD

□ par le médecin généraliste dans un premier temps, puis le pédiatre si nécessaire

- Remarques et interrogations :

\15AUTRES INTERVENANTS

)ALA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Une rencontre avec le médecin chef de la PMI, Dr Lorieau, nous a permis de lui exposer les modalités de notre projet, de recueillir ainsi son avis, ses souhaits et réticences pour envisager une collaboration avec la PMI. Nous y reviendrons dans la partie suivante.

)BLES CENTRE PERINATALS DE PROXIMITE ET L'HOSPITALISATION A DOMICILE.

La maternité travaille en collaboration avec l'HAD, pour des suivis de grossesses pathologiques notamment.

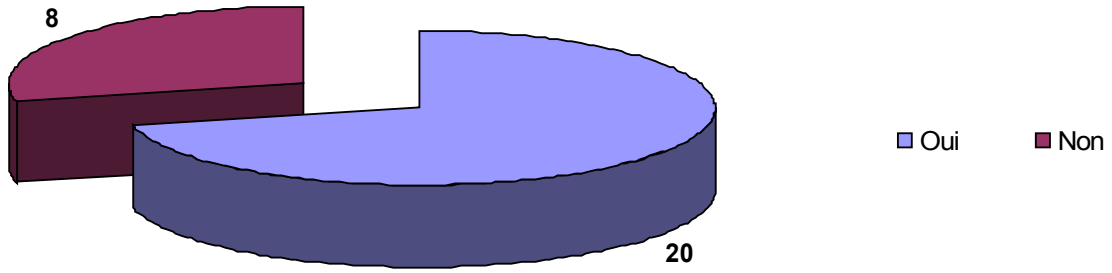
Les CPP sont également en lien permanent avec la maternité de la Roche sur Yon, nous reviendrons également sur ce point ultérieurement.

QUATRIÈME PARTIE : RESULTATS

\16ENQUÊTE AUPRÈS DES SAGES FEMMES LIBERALES ET DE PMI

Sur les **38 sages-femmes contactées** par courrier, j'ai reçu **28 réponses**.

- A la question : *« Le retour précoce à domicile est envisagé au CHD de la Roche sur Yon, pour votre clientèle, seriez vous volontaire pour assurer la suite des soins à domicile ? »*, les réponses sont réparties de la façon suivante :



- **20 sages-femmes** sont **volontaires.** Six sages femmes l'accompagnent d'un commentaire et me précisent que c'est leur travail et qu'il s'inscrit dans la *« continuité des soins »*

- **8** ne sont pas volontaires pour suivre le post partum à domicile en cas de RPDA:

  - Les **deux sages-femmes de PMI** m'ont donné une **réponse négative**, comme explication : ***« notre mission est de faire du prénatal »***. Une des deux sages femme me pose la question : « avez-vous pensé comment organiser un relais entre les sages-femmes libérales et les puéricultrices de PMI ? »

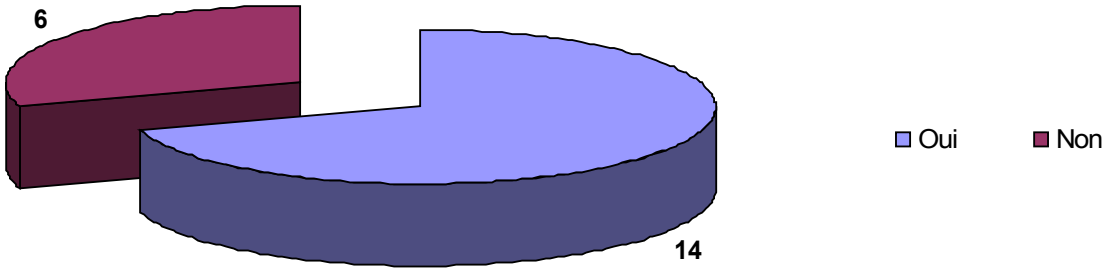
  - Une sage-femme libérale est opposée aux sorties précoces de maternité, évoquant les raisons suivantes : la femme doit être disponible intellectuellement pour s'occuper d'elle et de son enfant, c'est « nécessaire à l'attachement pour son enfant ».

  - Une sage-femme, par choix délibéré, ne pratique que la préparation à la naissance.

  - Pour les 4 autres réponses négatives, ces sages-femmes ne sont pas opposées au RPDA. Par manque de disponibilité ou travaillant sur des secteurs trop étendus, elles ne pourraient pas assurer le suivi du post partum à domicile, qui engendrerait une surcharge de travail.

Les réponses suivantes ne concernent que les 20 sages-femmes volontaires pour assurer la suite des soins à domicile en cas de RPDA :

- A la question : *« Assureriez vous la suite des soins à domicile également pour des femmes que vous n'avez pas rencontré pendant leur grossesse ? »,* les réponses sont réparties de la façon suivante :



- **14 sages-femmes** sont **d'accord** pour suivre des patientes qu'elles n'ont pas suivi au cours de leur grossesse, en précisant le plus souvent : « selon notre disponibilité »

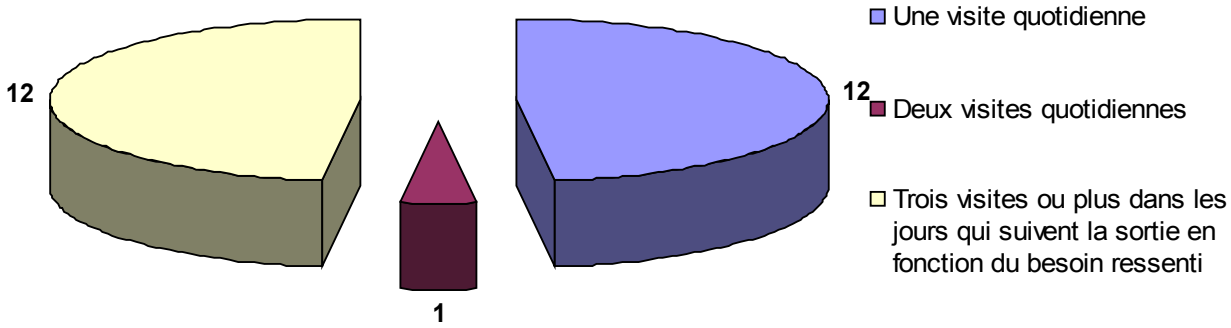
- 6 sages-femmes ne sont pas d'accord :

  - Trois sages femmes refusent car elles souhaitent qu'il y ait une continuité des soins, afin d'assurer une prise en charge de qualité, elles préconisent un « accompagnement global de la femme »

  - Deux sages-femmes évoquent le manque de temps, et donc la nécessité d'une sélection des patientes qu'elles suivront.

  - Une sage-femme ne justifie pas son refus.

- A la question qui concerne le nombre de visites à domicile que les sages-femmes sont prêtes à effectuer, les réponses sont les suivantes :



A cette question, un **choix multiple était possible**,

- Quatre sages-femmes ont donné deux réponses :

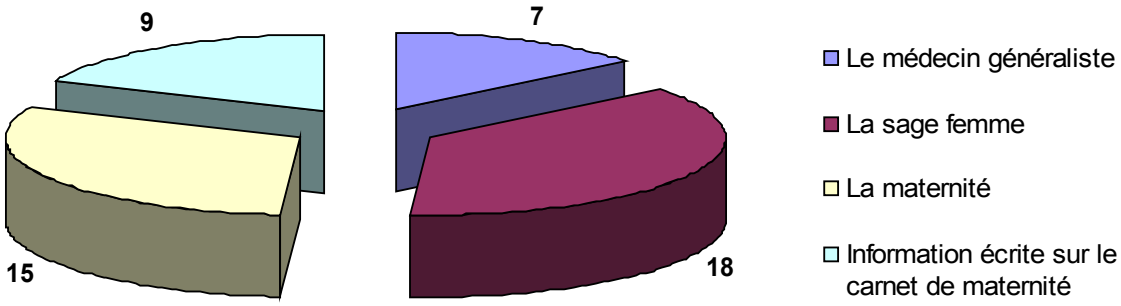
  - Trois sont prêtes à effectuer une visite quotidienne ou trois visites dans les jours qui suivent, en fonction du besoin ressenti, ce qui est compatible.

  - Une sage-femme a répondu oui aux trois items

- Trois sages-femmes ajoutent en commentaire, des questions sur l'organisation des week-ends et jours fériés.

- Plusieurs sages-femmes m'ont souligné l'importance du « besoin ressenti » impliquant une souplesse de leur part pour s'adapter au besoin de la maman.

- A la question : *« Selon vous, l'information initiale de la patiente sur la possibilité d'un retour précoce à domicile après accouchement, doit être donné par : »*, les réponses sont réparties de la façon suivante :



  - Sur **20 sages-femmes**, **18** pensent que c'est **leur rôle de donner cette information** lors de l'entretien du 4ème mois ou lors des cours de préparation à l'accouchement, il y a donc **deux sages-femmes qui ne donnerait pas l'information**

    - L'une car elle pense que la femme « ne peut pas tout retenir pendant la grossesse, elle a d'autres priorités »

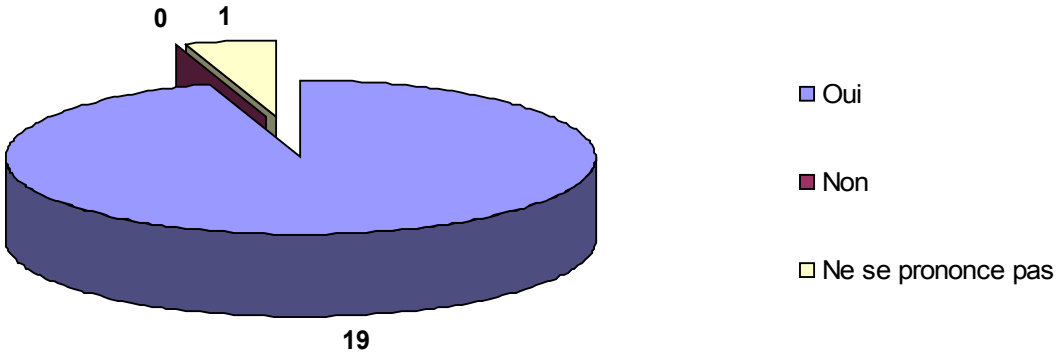
    - La deuxième réponse négative est argumentée par le fait que « le retour précoce est un choix des parents », et pour elle l'information doit être écrite dans le carnet de maternité.

  - 15 sages-femmes souhaitent que l'information soit également donnée par la maternité.

  - 7 sages-femmes pensent que le médecin généraliste peut intervenir pour donner l'information.

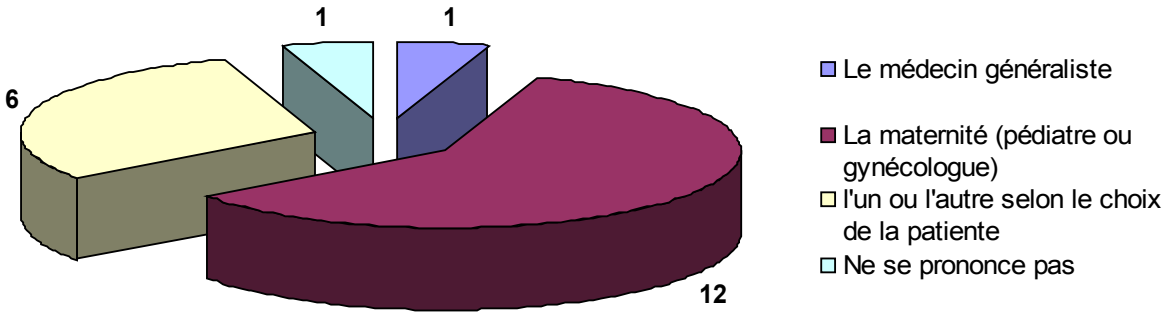
  - 11 sages femmes pensent que l'information écrite sur le carnet de maternité est inutile car trop peu utilisé par les professionnels de santé.

- A la question : « Pourriez vous accompagner la femme dans son projet de naissance et de sortie précoce de maternité ? » :



La totalité des sages-femmes répondent oui, une sage-femme ne se prononce pas car elle n'a pas compris le sens de la question.

- A la question : *« Si vous rencontrez un problème médical avec une patiente ou son enfant sortie précocement de la maternité, vous souhaitez que votre interlocuteur premier soit : » :*



  - **12 sages-femmes** souhaitent **travailler en priorité avec la maternité**. Une sage-femme m'a justifié sa réponse : « un seul interlocuteur, celui qui connaît l'enfant juste né, et les antécédents de la maman à propos de son accouchement »

  - Une sage femme souhaite que ce soit le médecin généraliste son premier interlocuteur « pour avoir la proximité »

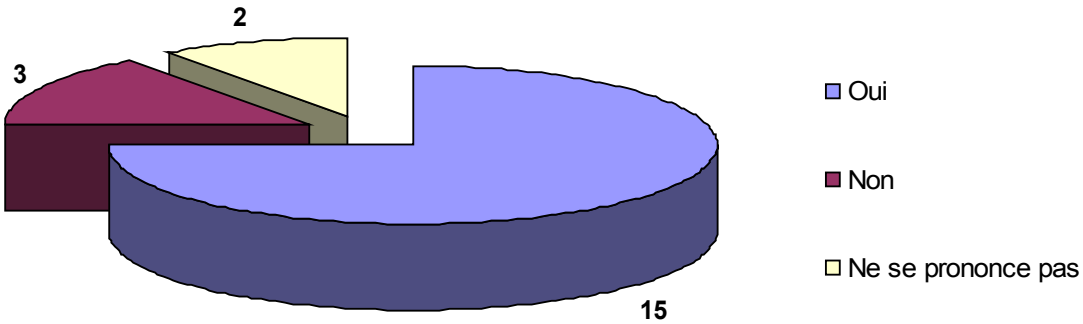
  - **6 sages-femmes** pensent que **c'est à la patiente de choisir,** cependant plusieurs commentaires accompagnaient cette réponse :

    - « Selon le choix de la patiente ou la situation médicale »

    - « Selon notre choix aussi, nous avons besoin d'un référent fiable et habitué aux suites de couches »

    - « Avec une personne référente au CHD en cas de problème important »

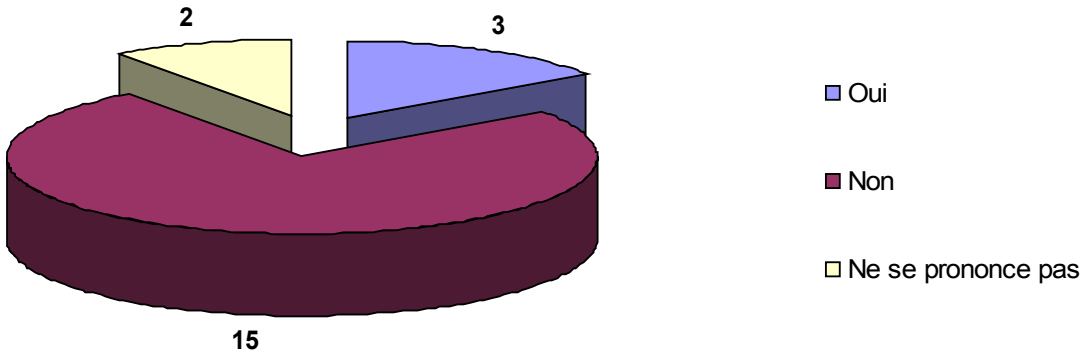
- A la question : *« Seriez vous prête à étudier un cas de travail avec le pôle naissance du CHD de la Roche sur Yon ? »*, les réponses sont les suivantes :



  - 15 sages femmes sont d'accord.

  - 3 sages femmes refusent, deux par manque de temps, une ne se justifie pas.

- A la question : *« Avez-vous des craintes de pathologies méconnues pour la mère ? »*, les réponses sont les suivantes :



  - La majorité, soit **15 sages femmes** sur 20, sont **en confiance** et n'ont pas de crainte de méconnaître des pathologies dans le post partum

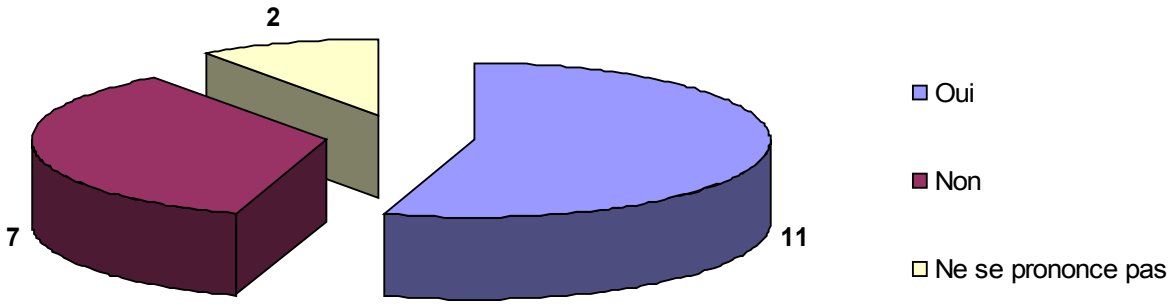
  - Sur les 3 sages-femmes répondant oui :

    - Deux ont peur de méconnaître **une pathologie embolique ou infectieuse**

    - Une sage-femme a peur pour des **pathologies non stabilisées**, notamment le diabète et l'hypertension artérielle, elle précise : « pour moi, la sortie précoce ne peut être envisagée si les suites de couches sont pathologiques »

  - La sage-femme qui ne se prononce pas précise : « il faut pouvoir faire facilement réhospitaliser la patiente et /ou l'enfant, et avoir facilement un avis médical »

- A la question : *« Avez-vous des craintes particulières de pathologies méconnues pour l'enfant (ictère, infection latente…) ? »*, les réponses sont les suivantes :



  - 11 sages-femmes sur 20 soit plus de la moitié ont des craintes de méconnaître certaines pathologies du nourrisson, les commentaires accompagnant cette question sont nombreux :

    - « Quelles pathologies puis je rencontrer, voici la question que je pose au pédiatre. »

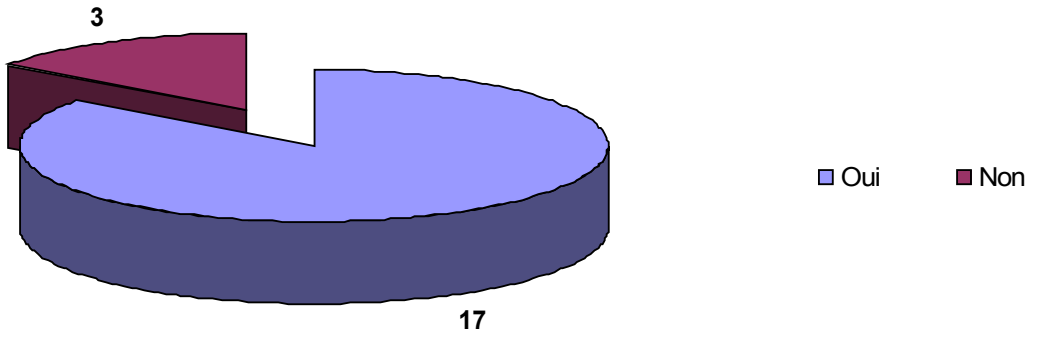
    - « Il peut être difficile d'évaluer un ictère de façon clinique, le bilirubinomètre transcutané est onéreux pour une sage-femme libérale. La limite entre physiologie et pathologie est parfois floue et source d'interrogations »

- « Ma connaissance du nouveau né est moindre que celle de la maman. »
- « Quels seraient les moyens de dépistage de l'ictère néonatal à domicile ? »
- 4 sages-femmes me précisent simplement « ictère », une y ajoute le problème des malformations cardiaques non diagnostiquées.

- Les deux sages-femmes qui ne se prononcent pas précisent l'importance du contact avec le CHD si besoin. Les problèmes rencontrés n'en seront pas vraiment si elles ont un interlocuteur de confiance à qui poser les questions.

- 7 sages- femmes n'ont pas peur de méconnaître des pathologies du nourrisson, de même certaines précisent l'importance du lien avec le CHD en cas de problème.

- A la question : *« Une formation complémentaire vous semble-t-elle nécessaire ? »,* voici les réponses :



la majorité des sages-femmes, **17 sur 20** souhaitent une formation complémentaire, quand le souhait est précisé, elles citent une **formation complémentaire en pédiatrie**, avec certains thème cités plusieurs fois : **l'examen clinique** complet du nouveau né, l'**alimentation** du nouveau né, les **critères d'hospitalisation**.

\17ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN VENDÉE

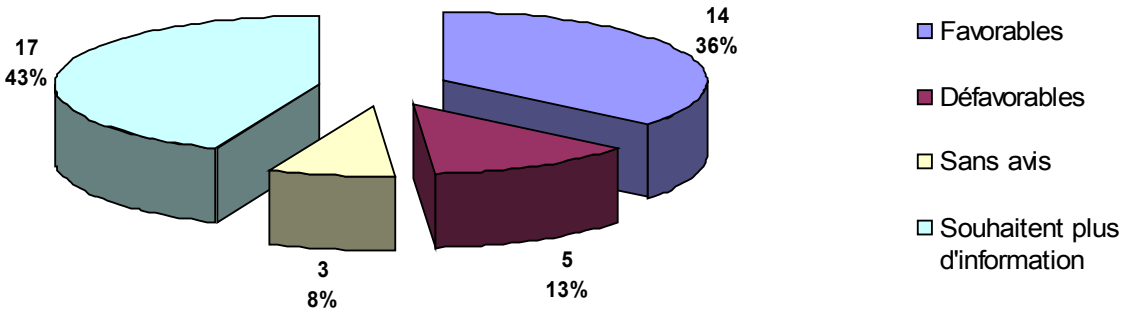
52 médecins généralistes ont été contactés pour cette étude.

39 ont participé et répondu au questionnaire.

Sur les 13 réponses négatives : un n'a pu être joins car n'exerçant plus depuis peu de temps, les autres ont refusé de répondre par manque de temps ou refus systématique de répondre aux enquêtes.

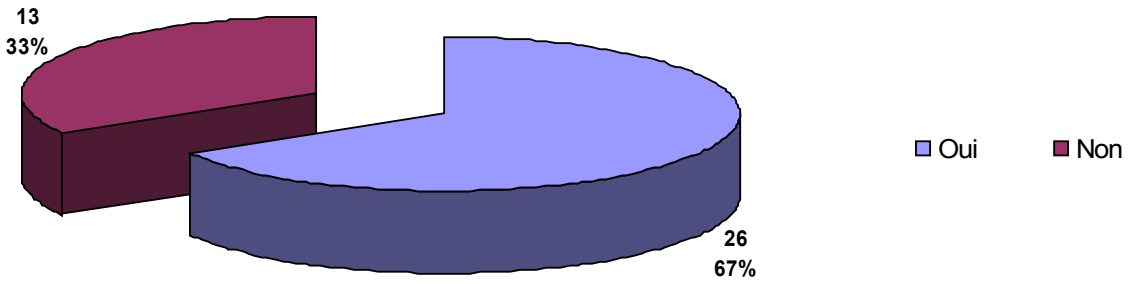
- A la question : *« Assurez vous le suivi de femmes enceintes ? »*, la totalité des médecins répondent oui.

- A la question : *« Le RPDA se pratique dans certains hôpitaux en France (Ile de France, Lyon), qu'en pensez vous ? »*, les réponses sont les suivantes :



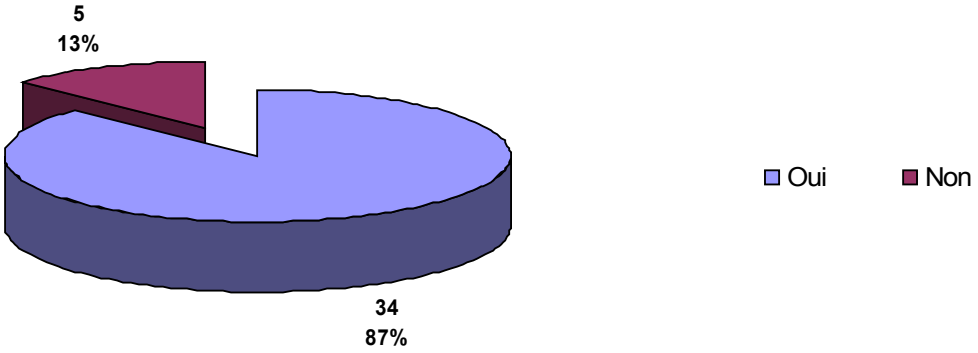
- 14 sont favorables, soit 36% des médecins interrogés.
- 17 souhaitent plus d'informations sur l'organisation du suivi à domicile.
- 3 sont sans avis.
- 5 sont défavorables.

- A la question : *« Voyez vous ce système comme une perspective d'avenir dans la politique actuelle d'économie de la santé ?* », les réponses se répartissent ainsi :



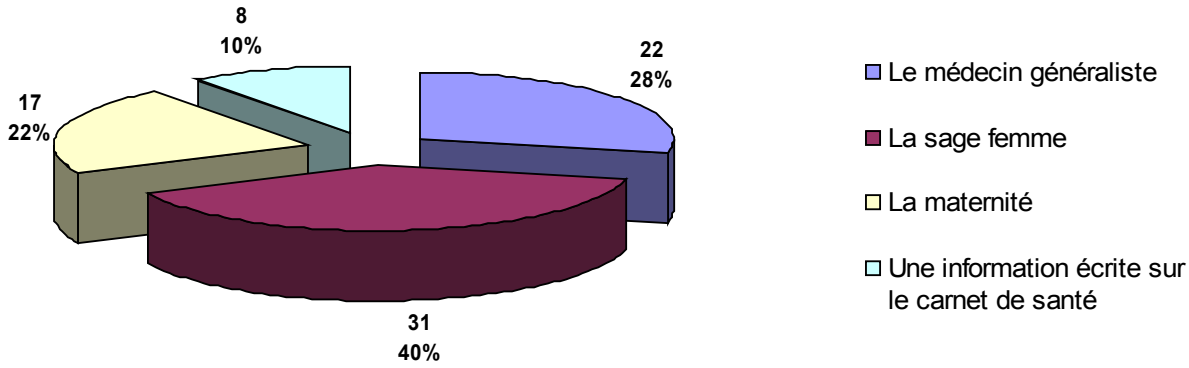
- 26 médecins interrogés soit 67% répondent oui.
- 13 soit 33% répondent non.

- A la question : *« Un projet de RPDA s'organise avec le réseau de sages-femmes libérales de Vendée au CHD de la Roche sur Yon, souhaitez vous être informé des modalités de ce projet ? » :*



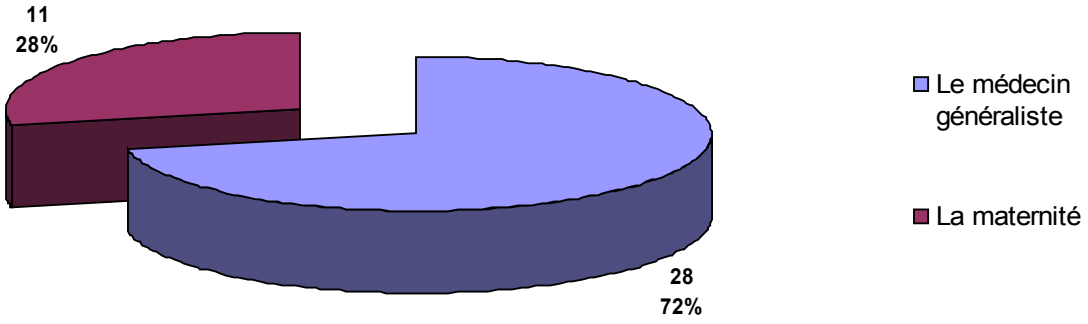
- 34 médecins soit 87% répondent oui.
- 5 soit 13% répondent non.

- A la question : *« L'information de la patiente sur la possibilité d'un retour précoce au domicile après son accouchement, doit être faite en cours de grossesse. Pour vous quel est le meilleur interlocuteur ? »*, j'ai volontairement laissé un **choix multiple,** les réponses sont les suivantes :



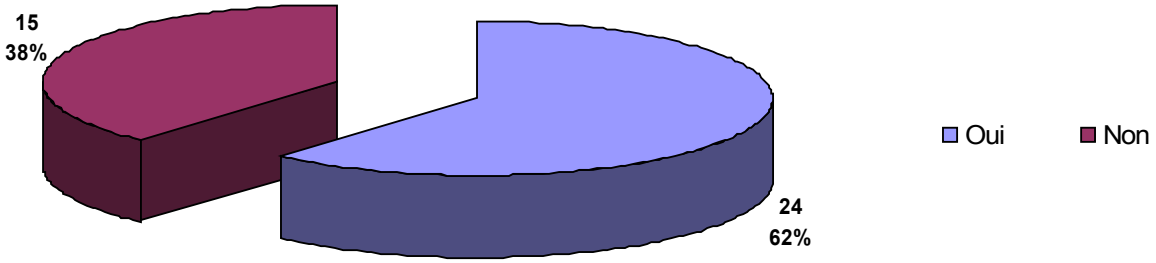
- La majorité ; 31 médecins soit 40% des médecins pensent que la **sage-femme** doit donner l'information lors des cours de préparation à l'accouchement.
- 22 soit 28% des médecins sont prêts à donner cette information.
- La maternité est citée par 17 médecins.
- 8 médecins pensent souhaitable que l'information apparaisse sur le carnet de maternité. La majorité des médecins ne l'ont pas cité car il reste peu utilisé actuellement et donc ne serait pas un bon outil pour la diffusion de l'information.

- A la question *: « Si une de vos patiente choisit de sortir précocement de la maternité, en cas de problème médical, pensez vous qu'elle doit contacter initialement vous-même ou la maternité ? » :*



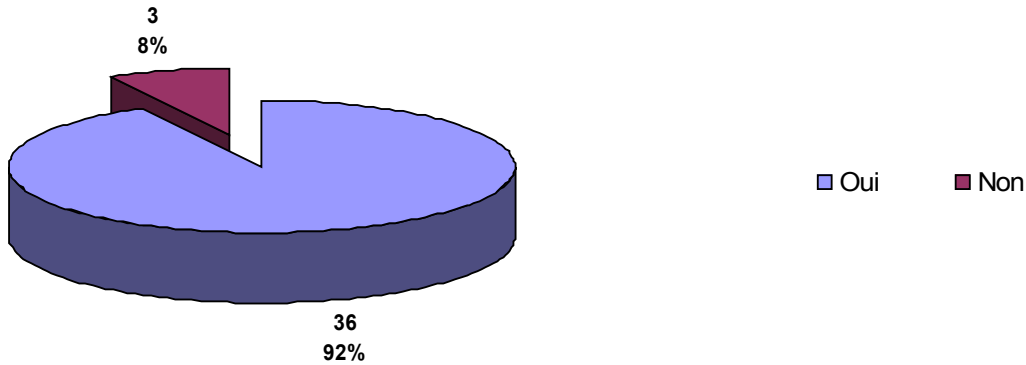
- **28**, soit 72% des médecins interrogés **souhaitent être contactés initialement**, afin de juger si le problème médical rencontré nécessite un avis spécialisé.
- 11 médecins, soit 28% souhaitent que la patiente s'adresse directement à la maternité.

- A la question : *« Si une de vos patientes choisit de sortir précocement de la maternité, souhaitez vous faire l'examen du nouveau né en fin de première semaine de vie ? »,* les réponses sont les suivantes :

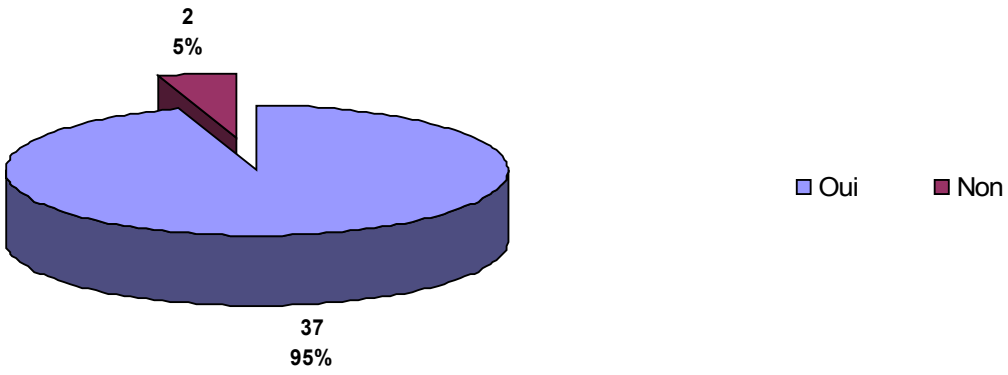


- **24** soit 62% des médecins sont **prêts à réaliser cet examen obligatoire**.
- 5 soit 38% pensent que c'est au spécialiste de réaliser cet examen.

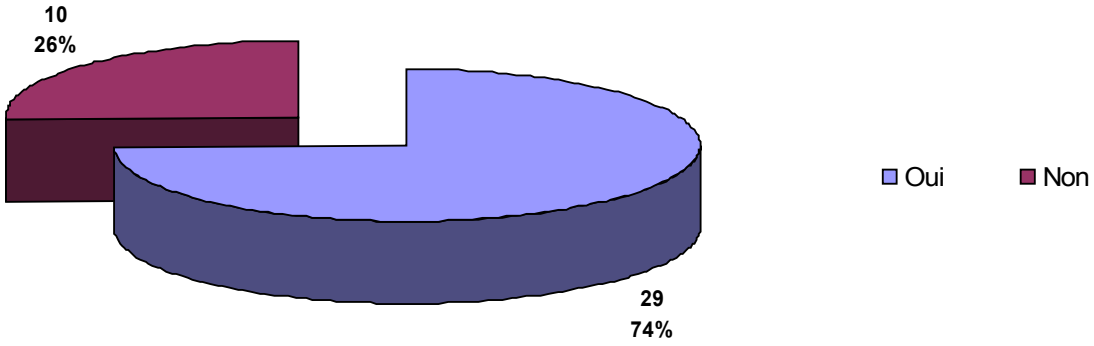
- A la question : « *Seriez vous intéressé par une formation médicale continue sur : »*
  - *la pathologie du post partum ? :*



➢ *la pathologie du nourrisson au cours du premier mois de vie ? :*



➢ *l'allaitement ? :*



Par ordre décroissant, les réponses sont les suivantes :

- 37 médecins soit 95% sont intéressés par une FMC sur la pathologie du nourrisson au cours du premier mois de vie

- 36 soit 92% sont intéressés par une FMC sur la pathologie du post partum

- On note un moindre intérêt pour une FMC sur l'allaitement qui intéresserait 29 médecins soit 74% des médecins interrogés

- *Parmi les interrogations et remarques, on note :*

  - De nombreux médecins m'ont souligné l'importance de la **communication** et d'une bonne **coordination entre le médecin généraliste et l'hôpital**, point qui leur paraît problématique, beaucoup m'ont signalé le retard dans les courriers, donc le **retard de la transmission d'information,** *« le courrier pourrait être remis la patiente ou nous être faxé ».*

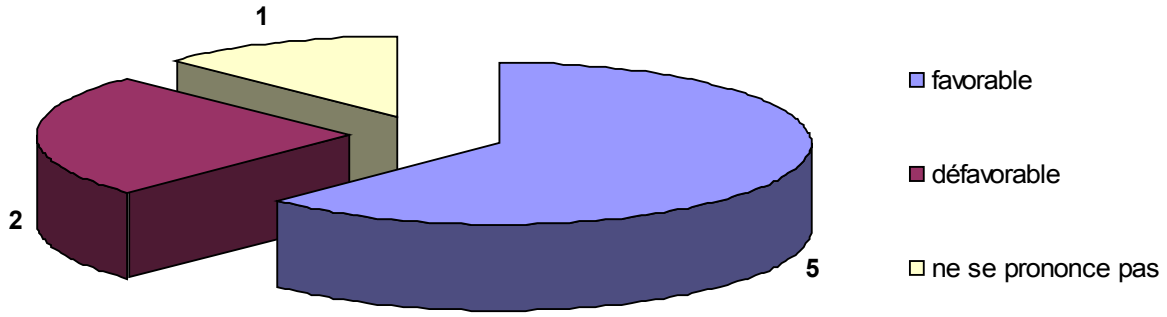
  - **Quatre** médecins sont inquiets par rapport à la **surcharge de travail** que cela pourrait engendrer, surtout si des visites à domiciles sont nécessaires.

  - La plupart des médecins sont **inquiets** par rapport au fait que des **sorties précoces soient imposées** par le service et non plus choisies par les patientes.

\18ENQUÊTE ET DISCUSSION AVEC LES PÉDIATRES

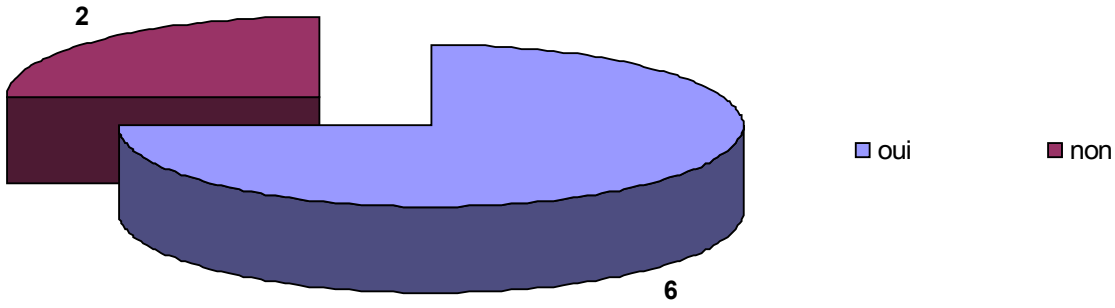
Nous avons interrogé les huit pédiatres du CHD de la Roche sur Yon et rencontré les trois pédiatres travaillant à la maternité pour définir les conditions des sorties précoces.

- A la question : *« Le retour précoce à domicile après accouchement se pratique dans certains hôpitaux en France (Ile de France, Lyon), qu'en pensez vous ? »*, les réponses sont les suivantes :



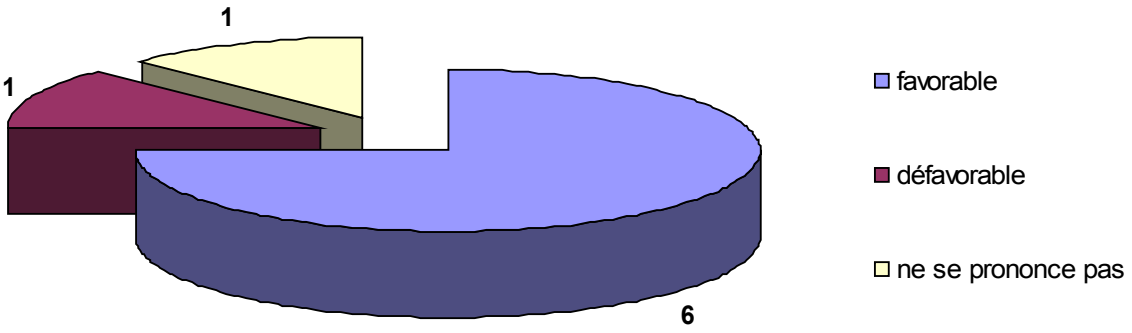
  - 5 pédiatres sont favorables dont les trois pédiatres travaillant à la maternité, avec les commentaires suivant :
    - « Sous certaines conditions » dont la principale est une **sortie à J3 et pas avant,** pour limiter les risques d'hyperbilirubinémie.
    - Deux des trois pédiatres rencontrés souhaitent que les sorties précoces concernent uniquement les **multipares.**
    - Dr Guitton et Dr Guillerm souhaitent une durée de séjour classique pour les primipares et surtout pour celles qui allaitent.
    - Dr Guillerm s'inquiète des conséquences néfastes que pourraient induire les sorties précoces sur l'instauration des liens mère-enfant, *« le temps de l'hospitalisation est nécessaire pour repérer les problèmes relationnels du couple mère-enfant »*
  - Deux pédiatres sont défavorables sans commentaires ajoutés
  - Un des pédiatres ne souhaite pas se prononcer car travaillant auprès des grands enfants, n'a pas réfléchi au problème et ne se sent pas concerné.

- A la question : *« Voyez vous ce système comme une perspective d'avenir dans la politique actuelle d'économie de la santé ? »*, les réponses sont les suivantes



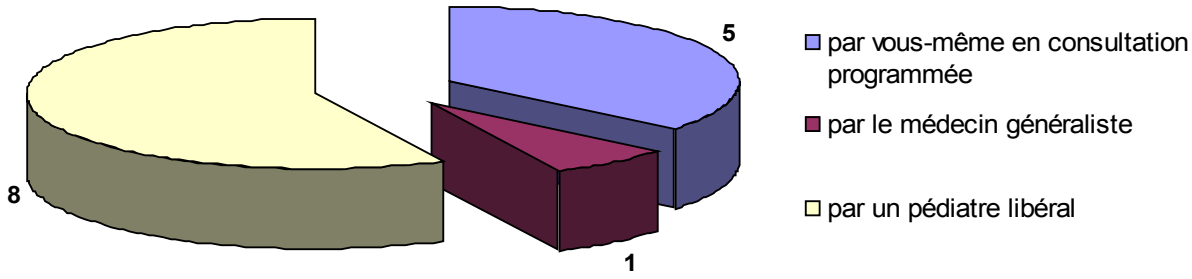
- Six pédiatres répondent oui.
- Deux pédiatres ne se prononcent pas.

- A la question : *« que pensez vous de l'élaboration d'un projet, pour la maternité de la Roche sur Yon, de retour précoce à domicile après accouchement avec suivi à domicile par les sages-femmes libérales ? »*, les réponses sont les suivantes :



- **Six pédiatres sont favorables**, en commentaire, on note : « à condition que les sages-femmes aient une formation pédiatrique. », pour le Dr Guillerm.
- Un pédiatre travaillant en dehors de la maternité s'y oppose: *« les sages-femmes libérales sont débordées et à mi temps, les puéricultrices ne sont pas toujours disponibles. Les pédiatres libéraux sont trop peu nombreux, il est impossible au CHD de revoir tous les nouveaux nés sortis précocement. »*
- Un autre pédiatre travaillant auprès des grands enfants ne se prononce pas.

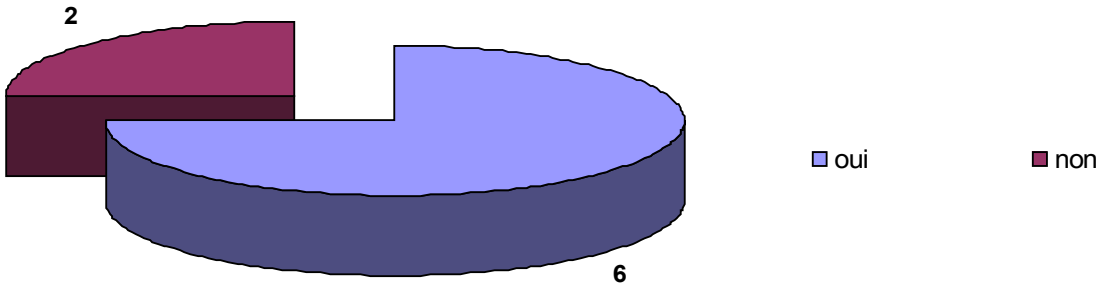
- A la question : *« Dans l'hypothèse de la possibilité d'un RPDA, selon vous, l'examen de fin de première semaine de vie du nourrisson pourrait être fait »*



Un **choix multiple** était possible :

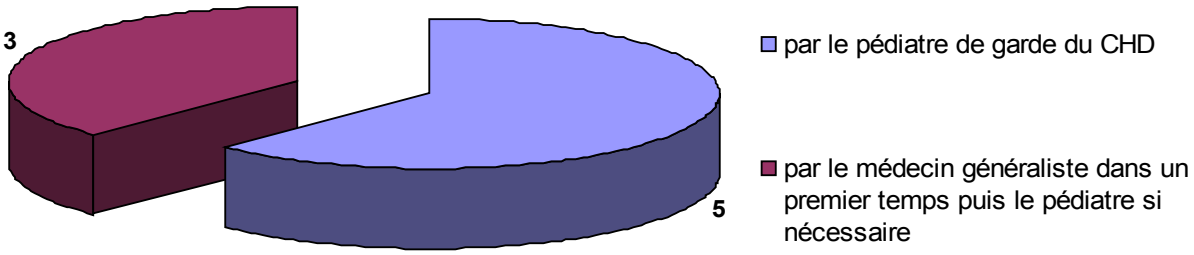
- **Cinq** des huit pédiatres sont d'avis de **revoir eux-mêmes les enfants** sortis précocement. Dr Guillerm ne souhaite pas organiser des consultations programmées à l'hôpital par manque de disponibilité.
- Tous les pédiatres pensent que cet examen doit être fait par un pédiatre libéral.
- **Un pédiatre**, Dr Brossier est d'accord pour que ce soit le **médecin généraliste** qui effectue cet examen ***« à condition d'être formés »***

- A la question : *« Seriez vous prêt à former les médecins généralistes sur la pathologie du premier mois de vie par le biais de FMC ? »*, les réponses sont les suivantes :



- Six pédiatres répondent oui.
- Deux pédiatres répondent non, avec comme commentaire pour l'un des deux : *« Le nouveau-né a des pathologies particulières et il faudrait 6 mois de formation »*

- A la question : *« Dans l'hypothèse de la possibilité d'un RPDA, si l'enfant présente un problème médical aigu, il doit être vu par : »*, les réponses sont les suivantes :



- Cinq pédiatres pensent que c'est au pédiatre du CHD de revoir systématiquement l'enfant sorti précocement du CHD en cas de problème médical aigu.

- Trois pédiatres, travaillant en dehors de la maternité, pensent que le médecin généraliste peut évaluer initialement la situation.

- Parmi les remarques, on note

  - *« Il faudrait développer la PMI à la Roche sur Yon et ses alentours. »*

  - *« Il faut instituer dans le cadre de la maternité une consultation faite par un praticien hospitalier pour établir le certificat du 8ème jour. »*

  - *« Le test de Guthrie doit être réalisé à H72 avant la sortie de la maternité. Je ne suis pas d'accord pour que les sages-femmes réalisent le guthrie, ni pour faire revenir les nourrissons pour la réalisation de ce test. »*

CINQUIÈME PARTIE : DISCUSSION

\19DEFINITION DES CONDITIONS DU RPDA AU CHD DE LA ROCHE SUR YON

)AFAIRE LE CHOIX D'UNE SORTIE À J 3

Après discussion avec les pédiatres, nous avons fait le **choix d'une sortie à J3**, pour plusieurs raisons :

.a.1Limiter les risques d'hyperbilirubinémie

La principale crainte des pédiatres pour le nouveau né sorti précocement est le risque d'hyperbilirubinémie,

De nombreuses études nous incitent à la prudence :

- La principale cause de morbidité et de recours aux services de santé dans le cadre de sorties précoces de maternité est l'ictère. L'étude de Liu réalisée entre 1991 et 1994 sur 310 578 certificats de naissance des nouveaux nés de l'état de Washington nous montrent que les enfants sorties avant la 30ème heure de vie sont plus ré hospitalisés pendant le premier mois de vie que ceux sortis entre 30 et 72 heures de vie, pour ictère, déshydratation et infection.

- Une autre étude de Liu estime que la plupart des cas graves d'ictère et de déshydratation sont dépistés à 3 jours de vie.

- Dans son rapport de 2003, l'Académie Nationale de Médecine nous rappelle qu'un des facteurs explicatif de la recrudescence des ictères nucléaire aux Etats-Unis est une sous estimation de l'intensité de l'ictère du fait d'une évaluation purement visuelle sans recours systématique à une bilirubinométrie transcutanée ou sanguine. Au troisième jour de vie, l'ictère est encore évolutif, l'Académie Nationale de Médecine recommande d'assurer la continuité de la surveillance au-delà de la sortie et elle cite : « L'évaluation de l'ictère et de son évolution ne peut être assuré par la seule inspection clinique. Elle nécessite une mesure, rendue maintenant facile et non traumatisante, par le recours à la bilirubinométrie transcutanée. Toute maternité, ou centre périnatal ou équipe de surveillance à domicile devrait disposer de cet appareil. »

Pour répondre à ce risque :

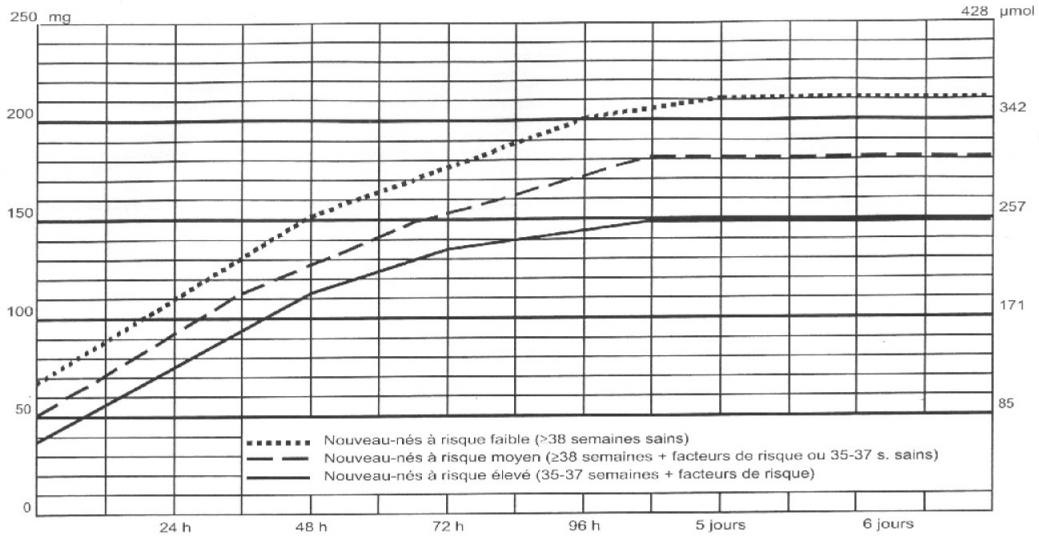
- Un rapport récent de mars 2006 : « **recommandations pour l'ictère du nouveau né de plus de 35 SA » du réseau « sécurité naissance des Pays de Loire »,** indique les précautions nécessaires en cas de sortie précoce, que l'enfant soit ictérique ou non :

  Précautions concernant l'enfant :

  - Diagnostic d'ictère bénin

  - Bilirubinémies en dessous des courbes de référence

Le schéma suivant nous montre l'évolution de la bilirubinémie dans les heures suivant la naissance. Si la bilirubinémie se situe au dessus des courbes, il y a une indication à une photothérapie après confirmation du dosage par prélèvement sanguin



- Enfant non prématuré

- Enfant sans facteurs aggravants tel que polyglobulie, hématomes, enfants à peau foncée et à risque de déficit en G6PD, enfants asiatiques, allaitement maternel, poids en baisse, retard de croissance intra-utérin

Précautions concernant les parents et l'entourage

- Entourage disposant de moyens de déplacement vers la maternité de référence dans les jours suivants pour un conseil ou pour pratiquer une mesure transcutanée de bilirubine ou une bilirubinémie

- Parents et familles informés des risques d'apparition ou d'aggravation d'un ictère

Précautions concernant l'organisation de la prise en charge :

- Mise en place de consultations ou de contacts pour les familles qui doivent revenir pour contrôle clinique ou biologique de l'ictère (puéricultrices en maternité, consultations sans rendez-vous organisées dans la maternité ou dans un autre lieu)

- Formation des personnels qui établissent les sorties et suivent les enfants après leur sorties

- Surveillance du nouveau-né au domicile de manière organisée.

- **Peut-on envisager une mesure transcutanée de bilirubine par les sages-femmes libérales à domicile ?**

En 1999 le Conseil d'Evaluation des Technologies de le Santé du Québec a évalué la pertinence d'implanter l'usage d'un bilirubinomètre transcutané en tenant compte de la précision et de l'exactitude de ses résultats, des avantages de son utilisation ainsi que des implications économiques et organisationnelle de son achat et utilisation dans le cadre du congé post natal précoce.

Le recours à la bilirubinomètrie transcutanée entraînerait des frais de 8.90 $ par nouveau né comparativement à 2.83 $ par nouveau né lorsque le dépistage de l'hyperbilirubinémie est effectuée par l'évaluation visuelle et mesure de la bilirubine sérique (coût différentiel : 6.07 $).

Ce rapport conclut à **l'efficacité de la bilirubinométrie transcutanée** à dépister les cas où la détermination de la bilirubine transcutanée est requise. L'insertion du recours à cette technologie à un programme de périnatalité présente de nombreux bénéfices qui pourraient compenser les frais qui y sont associés.

Les **bénéfices** sont les suivants :

- la quasi-assurance de dépister les cas d'hyperbilirubinémie excessive, donc de prévenir les risques d'encéphalopathie hyperbilirubinémique ou d'ictère nucléaire;
- une détection plus précoce de l'hyperbilirubinémie, ce qui pourrait se traduire par une plus faible bilirubinémie dans les cas de réadmission des nouveau-nés ictériques;
- la diminution du nombre de tests de bilirubine sérique avec la réduction concomitante des risques, de l'inconfort et de la douleur qui sont associés aux prélèvements sanguins;

Par contre, même si la bilirubinométrie peut jouer un rôle utile, les **données** publiées sur cette technologie restent **insuffisantes pour recommander un programme généralisé d'achat systématique.** La pertinence de recourir à la bilirubinométrie transcutanée doit donc être appréciée par les instances régionales et locales.

Nous travaillerons avec des sages-femmes libérales. Etant donné le coût d'acquisition d'un bilirubinomètre : environ 5500 euros, il parait inconcevable de leur imposer cet achat. Le CHD n'envisage pas de mettre à disposition des bilirubinomètres transcutané pour les sages femmes libérales, trop nombreuses, le coût en serait considérable. Dans l'avenir, si une prise en charge plus précoce à domicile s'envisageait, après une sortie à 24 ou 48 heures, il serait intéressant de

discuter l'achat des bilirubinomètres transcutanés avec les autorités sanitaires, étant donné le **gain économique des sorties précoces** pour le service publique hospitalier.

Nous envisageons donc une mesure transcutanée de la bilirubine systématique à J3. Une sortie plus précoce, à 48 heures impose donc une visite à J3 au CHD ou dans CPP pour une mesure transcutanée de bilirubine.

Une sortie à J3 nous permet une mesure transcutanée de bilirubine à 72 heures de vie*, donc une mesure proche du pic d'hyperbilirubinémie qui se situe dans les 24 heures suivantes. C'est une* ***sécurité supplémentaire pour les nourrissons****. Nous diminuons ainsi le risque de réhospitalisation pour ictère dans le premier mois de vie.*

Cette mesure de bilirubine transcutanée sera systématiquement effectuée pour tous nourrissons sortant à J3 et sera notée sur le dossier de liaison *(nous y reviendrons plus tard)* ***et carnet de santé de l'enfant****. Pour autoriser la sortie, le chiffre devra se situer sous les courbes de référence et l'enfant ne devra pas présenter un des facteurs aggravants cités.*

Cependant à J3, l'ictère est encore évolutif*. Les sages femmes ne disposent pas à l'heure actuelle de bilirubinomètre transcutané.* ***En cas de doute sur la survenue d'un ictère à domicile ou pour surveillance d'un ictère bénin, l'enfant sera adressé au centre de consultation le plus proche pour effectuer une nouvelle mesure de bilirubine transcutanée.*** *i.*

.a.2Réalisation des tests de dépistage avant la sortie.

Le souhait des pédiatres et gynécologues est de réaliser les tests de dépistage avant la sortie de maternité afin d'éviter des oublis.

Les tests obligatoires sont les suivants :

- La **phénylcétonurie :** l'enfant doit avoir reçu une alimentation depuis 72 heures pour la réalisation du **test de Guthrie**. On utilise actuellement la fluorimétrie qui est une méthode quantitative.
- L'**hypothyroïdie**, par dosage de TSH.
- **L'hyperplasie congénitale des surrénales**, par dosage radio immunologique de la 17hydroxyprogestérone.

A J3, le sang est prélevé par une piqûre au talon et déposé sur un papier buvard, qui servira pour ces trois analyses.

NB : La mucoviscidose est réalisée dans les régions à forte prévalence, en Bretagne notamment. Il n'est pas fait de façon systématique en Vendée. La drépanocytose est réalisée pour les populations à risque, (dans certaines régions : Ile de France, PACA, en raison d'une population migrante et méditerranéenne importante).

Seuls les spécialistes sont habitués et formés pour la réalisation de ce geste :

Pour Dr Guillerm, ce prélèvement est un geste technique qui ne peut pas être réalisé à domicile par des professionnels non formés. Les sages-femmes sont inquiètes par rapport à la réalisation de ces tests. Les médecins généralistes ne sont pas formés. On prendrait donc le risque d'entraîner une diminution de réalisation de ces tests en déléguant cet examen aux professionnels chargés du suivi au domicile.

Une sortie à J3 permet la réalisation des tests de dépistage obligatoires avant la sortie du nourrisson.

.a.3Autres motifs pour sortie à J3

Parmi les autres points de discussion avec les pédiatres, il y a aussi le souhait d'avoir tous les **résultats des examens complémentaires** réalisés en cours d'hospitalisation. Par exemple, les résultats des **prélèvements bactériologiques** demandent 48 heures.

.a.4Conclusion

Au CHD de la Roche sur Yon, après avis des professionnels impliqués dans la prise de décision d'une sortie précoce pour le couple mère enfant, nous envisageons une sortie à J3. Nous limitons ainsi le risque d'hyperbilirubinémie. Nous réalisons les tests de dépistage obligatoires avant la sortie.

Si une sortie avant 72 heures est envisagée et acceptée, la patiente reviendra dans le service pour la réalisation des tests de dépistage obligatoires.

)BLES PATIENTES CONCERNES PAR LE RPDA

Les **pédiatres** nous ont fait part de leurs **réticences à envisager la sortie précoce pour les primipares et surtout pour les primipares allaitantes.**

La sortie à J3 risque-t-elle de compromettre l'allaitement ?

- Boulvain nous a montré que le pourcentage de femmes qui arrêtent l'allaitement durant la première semaine et le premier mois est identique pour les femmes sorties précocement avec suivi à domicile par sage-femme et celles hospitalisées à 4 ou 5 jours. La proportion de femmes signalant des problèmes d'allaitement durant la première semaine est semblable dans les deux groupes. Cependant, il ne compare pas dans cette étude les primipares et les multipares.

- Madden dans une étude américaine portant sur une population de 20 366 couples mères enfants nous montre également qu'il n'y a pas d'effets négatifs du RPDA avec **programme de suivi et aide à l'allaitement** sur l'initiation et durée de l'allaitement.

- Les recommandations de l'ANAES sur l'allaitement maternel stipulent que le soutien des mères qui allaitent par des professionnels formés ou des associations de mères allaitantes diminue le risque d'arrêt prématuré de l'allaitement maternel.

- Avec un programme de suivi à domicile, il n'y a pas de risque de compromettre un allaitement. Ceci implique que nos professionnels de santé chargés du suivi à domicile soient suffisamment formés sur le sujet (nous y reviendrons ultérieurement).

Doit on refuser un retour au domicile à J3 à une patiente primipare allaitante ?

- Un des points essentiel dans les recommandations de l'ANAES est qu'une sortie précoce ne doit en aucun cas être imposée ou subie par la patiente, elle doit être un **choix de la patiente**. La patiente doit donner un consentement éclairé. Les **primipares** ont souvent une **appréhension vis-à-vis de l'allaitement** : « ne pas se sentir prête pour l'allaitement » est une des raisons invoquée par les femmes contre l'idée d'un retour précoce. Les primipares seront probablement moins demandeuses de rentrer précocement à domicile.

- Toute patiente sortant à J3 de la maternité ne doit présenter **aucune contre indication** à un retour précoce.

- Nous ne devons pas refuser à la patiente primipare allaitante une sortie à J3 si celle-ci en a fait le **choix de façon éclairé**, ne présente **pas de contre indication** et que le **suivi à domicile** est **organisé**.

*Le RPDA est un **choix de la patiente.** Le **consentement éclairé** de la mère doit être obtenu avant de décider d'un retour au domicile à J3.*

*Les différentes études nous montrent que le RPDA **n'influe pas sur la durée de l'allaitement si un suivi au domicile par des sages-femmes formées à l'allaitement est organisé.***

*Si toutes les conditions sont réunies pour autoriser ce retour à J3, nous devons **respecter le choix** de la patiente, qu'elle soit primipare ou multipare, allaitante ou non.*

)CNÉCESSITÉ DE REPÉRER LES COUPLES MÈRE ENFANT EN DIFFICULTÉ PSYCHO SOCIALES.

Dans notre enquête, les pédiatres de la maternité nous ont fait part de leurs inquiétudes sur l'installation des liens précoces mère enfant en cas de sortie précoce. Ils craignent qu'une réduction du temps de séjour à la maternité altère la qualité de **l'accompagnement à la parentalité** fait par nos soignants.

La naissance d'un enfant implique des remaniements psychologiques qui vont bouleverser le fonctionnement des parents. Ce processus de maturation de la personnalité est désigné par le terme de **parentalité,** qui peut se définir comme **l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents**. La façon dont les parents sont accompagnés est déterminante pour donner la tonalité des premiers liens et contribuer à inscrire un sentiment de sécurité psychique chez le bébé et ses parents.

Selon F. Gonnaud, **l'accompagnement à la parentalité** ne se réduit pas au seul temps du séjour à la maternité, mais s'envisage dans une **continuité de la prise en charge de l'anténatal au post natal.** Tout ce qui se passe dans cette période, depuis le prénatal et la naissance jusqu'au post natal, va imprégner et influencer la qualité des premières rencontres.

Marie Thérèse Hermange, dans son rapport à Philippe Bas en février 2006, préconise pour préserver et favoriser la mise en place des liens précoces parents-enfants une **« politique de périnatalité de prévenance »**. Elle propose de **systématiser l'entretien prénatal précoce**, qui permettra de repérer les couples en difficulté psychologique et/ou sociale.

*Le travail se situe donc en **amont et en aval de la grossesse**.*

*Une sortie à J3 ne compromet pas la mise en place des relations précoces si nous **avons repéré les couples en difficulté psycho sociales.***

*Il convient pour ces familles de les **orienter** au mieux vers les structures adaptées : PMI, CMP... afin de les **accompagner dans leur parentalité.***

\20MISE EN PLACE DU RÉSEAU VILLE-HÔPITAL : LA PLACE DES PARTENAIRES DANS LE PROJET D'UNE SORTIE DE LA MATERNITÉ A J3.

)AMISSIONS ET ROLE DE LA SAGE-FEMME LIBERALE

L'enquête réalisée auprès des sages-femmes nous a permis de définir avec elles leur rôle dans le RPDA et leurs conditions de travail en répondant à leurs souhaits et inquiétudes.

.a.1Assurer la continuité des soins.

Le **point essentiel** de notre enquête est la **possibilité d'envisager un suivi à domicile par les sages-femmes libérales**, elles nous ont donné pour la plupart d'entres elles leur accord.

Sur les 28 réponses reçues, 20 sages-femmes sont volontaires et motivées pour prendre en charge les patientes dans le post-partum après RPDA. Sur ces 20 professionnelles, 14 sont prêtes à assurer la suite des soins à domicile pour des femmes qu'elles n'ont pas suivi en ante natal.

Dans mon enquête les sages femmes m'ont beaucoup parlé de la **continuité des soins**, qui permet d'assurer une prise en charge de qualité et un **accompagnement global de la femme dans son projet de naissance.**

.a.2Transmettre l'information à la patiente de la possibilité d'une sortie à J3

Les sages-femmes sont le mieux placées pour donner l'information à la patiente de la possibilité d'une sortie à J3 à la maternité de la Roche sur Yon.

Dans notre enquête, toutes les sages-femmes sont prêtes à donner l'information de la possibilité d'un retour précoce au domicile après accouchement.

Les sages-femmes sont les plus compétentes pour répondre aux questions de la future maman sur ce qu'implique une sortie à J3 :

- C'est avant tout le choix de la patiente, révocable à tout moment.
- Il y a des contre indications aux sorties précoces qui peuvent être présentes d'emblées (une grossesse pathologique par exemple) ou se présenter ultérieurement : en cours de grossesse, dans le post-partum immédiat…
- Les modalités organisationnelles du suivi à domicile.

Ainsi la patiente aura des éléments précis pour **faire son choix**, et mieux **anticiper** une sortie à J3 si elle le souhaite.

Le choix du moment pour donner cette information

- Les différentes possibilités sont :
  - Lors d'une consultation de suivi de grossesse.
  - Lors des cours de préparation à l'accouchement.
  - Lors de l'entretien prénatal précoce.
- Le moment idéal est celui de **l'entretien prénatal précoce**, entretien spécifique dit du 4ème mois, abordant le **projet de naissance** dans sa globalité. Il a pour ambition d'aider à mieux structurer la préparation à la naissance et à la parentalité et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. Cet entretien s'oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. C'est dans ce sens qu'il nous parait logique, au cours de cet entretien, d'aborder avec la femme son souhait pour le déroulement du post-partum.

Nous mettons à disposition des sages-femmes libérales un outil pour diffuser l'information.

Il s'agit d'une fiche explicative sur la sortie à J3 à la maternité de la Roche sur Yon (annexe 9)

Cette fiche sera **à disposition de toutes les sages-femmes** : nous voulons ainsi que **l'ensemble des futures mamans soient informées** et puissent participer à un éventuel retour précoce à la maison avec un soutien par les professionnels impliqués.

.a.3Organisation du suivi à domicile :

.a.3.1Les visites à domicile.

La première visite à domicile de la sage-femme.

L'ANAES recommande une première visite, systématique le lendemain si sortie avant J2, le surlendemain si sortie à J2.

Nous envisageons une **sortie à J3**, ce qui permet d'effectuer la **première visite** au domicile de la patiente dans les **48 heures suivant sa sortie**.

Peu de sages-femmes seront disponibles le week-end, l'organisation pour les retours à domiciles qui auront lieu en fin de semaine est simplifiée :

- Pour une sortie le vendredi, si la sage-femme ne veut pas intervenir le week-end, avec l'accord de la patiente, la première visite se fera le lundi suivant.

- Pour une sortie le jeudi, une première visite sera nécessaire le vendredi si la sage-femme ne peut intervenir le week-end.

Le nombre de visites:

Dans notre enquête, la plupart des sages-femmes (12 sur 20) estiment que le nombre de visites doit être défini « **en fonction du besoin ressenti** » par la maman. Cependant elles restent très disponibles : 12 sages femmes sur 20 sont prêtes à faire une visite quotidienne si besoin.

Un échange préalable avec la patiente est essentiel pour définir avec elle ses besoins et répondre au mieux à ses attentes. La patiente doit rester « actrice », ne pas subir un rythme de visites inadapté à ses besoins.

Une première visite est « obligatoire » *pour permettre à la maternité de laisser la patiente sortir précocement à J3.*

Le nombre et rythme des visites ultérieures *n'est pas imposé par la maternité de la Roche sur Yon. Il est à* ***adapter en fonction des besoins de la patiente et de son enfant.***

.a.3.2Les éléments du suivi à domicile.

En annexes 4 et 5, deux mémento nous rappellent les éléments importants du suivi de l'enfant et de la maman.

Les sages-femmes libérales disposerons d'un outil de travail : le **dossier de liaison** (annexe 8), qui leur permettra de noter leurs observations au cours des visites successives.

Nous reviendrons sur la constitution et le rôle du dossier de liaison dans la partie : « le lien ville hôpital ».

.a.4Référent de la sage-femme en cas de problème médical

Les données de notre enquête :

A la question : *« Si vous rencontrez un problème médical avec une patiente ou son enfant sorti précocement de la maternité, vous souhaitez que votre interlocuteur premier soit : » :*

- **12 sages-femmes** souhaitent **travailler en priorité avec la maternité**. Une sage-femme a justifié sa réponse : « un seul interlocuteur, celui qui connaît l'enfant juste né, et les antécédents de la maman à propos de son accouchement »,

- Une sage femme souhaite que le médecin généraliste soit le premier interlocuteur « pour avoir la proximité »

- **6 sages-femmes** pensent que le **choix revient à la patiente**.

- Les commentaires associés aux réponses : *« Selon le choix de la patiente ou la situation médicale » ; « Selon notre choix aussi, nous avons besoin d'un référent fiable et habitué aux suites de couches » ; « Avec une personne référente au CHD en cas de problème important ».*

Le choix du référent :

La diversité des réponses à cette question nous montre qu'il est difficile de désigner à l'avance un et un seul référent.

Ce projet de sortie à J3 est le fruit d'un **travail en réseau,** où chaque partenaire a des compétences qui lui permettent d'intervenir ou de relayer les autres partenaires.

Selon M. Naiditch, il y a des dysfonctionnements dans notre système de santé :

- Notamment un très fort cloisonnement entre la ville et l'hôpital

- Une spécialisation croissante des métiers, s'accompagnant d'une très faible coordination des différents professionnels dans l'organisation de leur travail (au sein de l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital)

Les réseaux dans le domaine de la périnatalogie doivent **couvrir l'amont et l'aval :** organisation du suivi de la grossesse en amont ; post-partum et suivi du nouveau-né en aval…Amont et aval ne peuvent reposer que sur un **réseau ville hôpital,** puisque de nombreux acteurs intervenant en amont et en aval de l'accouchement n'appartiennent pas aux structures hospitalières : médecins généralistes, PMI…

*L'important pour les sages-femmes qui interviennent au domicile est qu'elles puissent s'appuyer sur un **réseau de professionnels de proximité**, capables **d'interagir.***

*Il n'y a pas un référent désigné mais **plusieurs référents**, qui selon le « problème médical » rencontré, pourront être joints. Les coordonnées de ces professionnels figureront sur une fiche remise à la patiente lors de sa sortie.(annexe 7)*

- Le nom et les coordonnées de la sage-femme qui assurera le suivi à domicile ;

- Le nom du gynécologue obstétricien ayant examiné et autorisé la sortie de maternité ;

- Le nom du pédiatre ayant examiné et autorisé le retour au domicile du nourrisson ;

- Le nom du médecin traitant de la patiente ;

- Les numéros de téléphone du bloc obstétrical et des urgences pédiatriques joignables à toutes heures et 24h/24 si les autres correspondants sont non disponibles.

- Après discussion avec la PMI, les coordonnées de la permanence la plus proche mettant la patiente en relation avec la puéricultrice de son secteur figureront également sur cette fiche.

.a.5Rôle de la sage-femme dans le soutien à l'allaitement.

Dr Lorieau, Médecin Chef à la PMI de Vendée, dans une interview récente, nous dit : « la **Vendée** connaît un **taux d'allaitement très faible : 38% en moyenne contre 60% pour la France entière**.(…)Aussi, il est important que chaque mère ait confiance en sa capacité de nourrir son enfant et trouve des interlocuteurs qui puissent répondre à ses questions. Pour cela, il sera dispensé une formation aux professionnels des maternités, de la PMI et à tous ceux qui interviennent sur l'allaitement au titre des services d'aide à domicile. Par ailleurs, des associations pourront relayer l'information et soutenir la promotion de l'allaitement. Enfin, des campagnes de sensibilisation seront organisées auprès des médecins qui suivent les mères, via affiches, dépliants… »

Les ressources actuelles en Vendée :

- Les différentes associations de soutien à l'allaitement recensées en Vendée sont les suivantes :
  - Animatrices Le Lien Lacté
  - SOS Allaitement
  - Grandir ensemble
- Le sujet de l'allaitement a déjà fait l'objet d'un groupe de travail composé de deux puéricultrices et six sages-femmes du CHD de la Roche sur Yon. Cette réflexion a permis l'élaboration d'un guide destiné à tous les professionnels de santé : « L'allaitement maternel ou comment améliorer l'accompagnement des mères qui ont fait le choix d'allaiter »

- Parmi les sages-femmes libérales, Brigitte Buffet, détentrice du diplôme de consultante en lactation IBCLC a élaboré un projet pour accompagner les parents et leur bébé dans les suites de couche précoces : « projet d'une création d'un point ressource »

<u>En cas de sortie à J3 :</u>

La sage-femme qui examine la mère et l'enfant doit avoir reçu la formation nécessaire pour répondre aux questions en matière d'allaitement.

Elle peut également orienter la patiente si besoin vers les associations citées si dessus.

)BPLACE DU MEDECIN GENERALISTE

.b.1Le médecin généraliste : rôle clé dans la continuité des soins

Dans notre enquête, tous les médecins généralistes assurent le suivi de femmes enceintes. Ce suivi fait partie de leur formation et de leurs compétences.

La mission périnatalité menée en 2003, montre que le suivi de grossesse est de plus en plus fait par les médecins généralistes. Ces derniers se plaignent du manque de communication et de l'insuffisance de réseaux ville hôpital pour le suivi des grossesses.

Le suivi du post-partum s'inscrit dans une **continuité des soins**. Il est logique d'y intégrer le médecin généraliste : il intervient en amont lors du suivi de la grossesse et en aval lors de la visite post-natale et du suivi du nourrisson.

<u>Les médecins généralistes nous ont montré leur intérêt pour le sujet.</u>

Dans notre enquête, 67% des médecins interrogés pensent que le RPDA peut être une solution pour limiter les dépenses de santé. 87% souhaitent avoir l'information sur l'organisation du RPDA s'organisant au CHD de la Roche sur Yon.

<u>Diffuser l'information aux médecins généralistes</u>

La diffusion de l'information est l'étape essentielle si nous voulons que les médecins libéraux et les médecins hospitaliers travaillent en collaboration, pour améliorer ce **réseau « ville hôpital »**

Le rôle de la maternité est d'informer les médecins traitants sur la possibilité qu'ont leurs patientes de choisir un retour à domicile à J3.

Le moyen nous paraissant le plus simple pour diffuser de façon efficace l'information est un **courrier** adressé aux médecins généralistes de Vendée (annexe 10)

Pendant 15 jours, ce courrier accompagnera toutes les lettres de sortie de la maternité permettant de diffuser l'information aux médecins dont les patientes accouchent au CHD de la Roche sur Yon.

Après la naissance, lorsque des prises en charge se sont instaurées, les médecins généralistes sont souvent oubliés ou informés tardivement,alors qu'ils peuvent être un ***point de sécurité essentiel pour la famille, un personnage de confiance dans la continuité***

.b.2Rôle du médecin généraliste dans notre projet de sortie à J3

.b.2.1Le recours au médecin généraliste en cas de problème médical dans le post-partum

Pour la maman

Le suivi du post-partum au domicile en cas de sortie précoce pour des suites de couches simples sera assuré par la sage-femme libérale.

Dans nôtre enquête : 72% des médecins interrogés souhaitent être contactés en cas de problème médical pour la maman, afin de juger s'il est nécessaire de recourir à un avis spécialisé. Nous avons donc inscrit les coordonnées du médecin traitant sur la fiche de liaison remis à la patiente à sa sortie (annexe 7).

Pour l'enfant

72% des médecins interrogés souhaitent être contactés initialement en cas de problème médical, y compris pour l'enfant.

A contrario, cinq pédiatres sur huit interrogés pensent que si l'enfant présente un problème médical, il doit être revu de façon systématique à la maternité.

- Les points de vue sont divergents. Les pédiatres et médecins généralistes ont-ils la même définition du « problème médical »?

Les mamans auront plus souvent recours à leur médecin généraliste pour des questions concernant un comportement de l'enfant ou un problème d'allaitement. Le médecin généraliste pourra alors faire la distinction entre une situation ou la maman a besoin de conseils, de réassurance et celle où il y a une pathologie du nourrisson, auquel cas le recours au pédiatre est indispensable.

Nous pensons qu'il serait dommage de se priver de la collaboration des médecins généralistes. Ils peuvent conforter le travail de la sage-femme et de la puéricultrice, être un interlocuteur supplémentaire pour la maman. Si une pathologie est suspectée par le médecin généraliste, l'enfant sera alors adressé au spécialiste.

Nous rappelons ainsi l'importance de la collaboration des différents professionnels pour une prise en charge globale du couple mère enfant, s'inscrivant dans une continuité des soins.

Les médecins généralistes, professionnels de première ligne jouent un rôle essentiel. Ils sont en contact direct et régulier avec les patients et sont la véritable ***« porte d'entrée » vers un système de prise en charge global****.*

Ils doivent être en mesure ***d'orienter vers les professionnels compétents*** *si besoin.*

.b.2.2Rôle du médecin généraliste dans la diffusion de l'information aux patientes.

Tous les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse ont pour rôle **d'informer la patiente des différentes modalités de son accouchement**, ceci s'inscrit dans le **projet de naissance.**

Pour informer ses patientes de la possibilité d'une sortie précoce de la maternité à J3, plusieurs possibilités :

- Une information directe de la patiente au cours d'une consultation.
- Le médecin peut orienter vers une sage-femme, qui elle donnera l'information.

Actuellement, le moment qui paraît le plus adapté pour aborder avec la patiente son projet de naissance est celui de **l'entretien prénatal précoce**, dit du 4ème mois ou entretien individuel du début de grossesse. Pour cela, le réseau « sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de Loire met sur son site http://www.reseau-naissance.com: des plaquettes et affiches explicatives destinées aux patientes (annexe 10 à 14)

Idéalement le **praticien qui déclare la grossesse** devrait **proposer l'entretien**. Cela met en évidence le **rôle majeur des médecins généralistes** qui sont en première ligne pour proposer l'entretien prénatal précoce. Actuellement les **sages-femmes** apparaissent le mieux placées pour **réaliser l'entretien prénatal précoce**

En Vendée, la diffusion de l'information sur l'entretien prénatal précoce auprès des mères va se faire par l'envoi d'un **courrier joint au carnet de maternité** (conseil général) et un **courrier d'information (modèle du réseau) sera envoyé aux médecins généralistes** (annexe 13).

.b.3L'examen du huitième jour de vie du nourrisson : doit il être réalisée par le médecin généraliste ou par le pédiatre ?

Rappel sur le certificat du huitième jour

Chez l'enfant, un certain nombre de bilans de suivi entrent dans le cadre de la protection maternelle et infantile et sont définis dans des textes réglementaires depuis 1945.

La loi du 15 juillet 1970, complétée par le décret d'application du 2 mars 1973, institue la délivrance obligatoire de certificat de santé, à l'occasion de certains examens médicaux préventifs dans les 8 premiers jours de la vie, au cours du 9ème et du 24ème mois de l'enfant.

Durant la première semaine de vie du nourrisson, un premier certificat de santé est complété (certificat de santé du huitième jour). Cet examen est composé d'un examen général, d'un examen neurologique et de l'étude des fonctions de relations avec l'environnement. Il sert également à vérifier les mesures de puériculture et de pédiatrie préventive et sociale.

Sur le certificat à huit jours, sont recensés à la fois l'état de santé de l'enfant à la naissance, la réalisation ou non des examens de dépistage des maladies métaboliques et les résultats de l'examen fait au moment du remplissage du certificat.

En parallèle de ce certificat, est rempli le carnet de santé de l'enfant.

Une enquête menée en 2000, auprès des médecins chefs de PMI des 97 départements français, nous indique le taux de réalisation des certificats de santé obligatoires : 94% pour le certificat de santé du huitième jour, 71% pour le second certificat du neuvième mois et 66% pour le certificat à 24 mois.

Une étude menée en 1992, par Senecal nous indique qu'en 1990 le premier certificat était rempli par un pédiatre dans 90% des cas. Le taux des examens pratiqués par un pédiatre diminuait ensuite régulièrement : 43% à 9 mois, puis 38% à 24 mois.

Il convient d'indiquer que l'intérêt des certificats de santé est double : collective et individuelle :

- d'une part, il s'agit pour le Ministère de la Santé, d'obtenir une connaissance épidémiologique des problèmes de l'enfant à l'échelon national, lui permettant d'assurer une planification des équipements et des personnels adaptés aux besoins exacts de notre population;

- d'autre part, ces certificats permettent un dépistage précoce des affections invalidantes et des inadaptations. Ils doivent conduire à un traitement aussi efficace que possible des troubles. Le processus doit donc toucher tous les enfants et à l'échelon local. Les renseignements doivent être personnalisés pour permettre de surveiller plus attentivement certains enfants.

L'avis des pédiatres

Dans notre enquête, nous avons demandé au médecin généraliste s'ils souhaitaient faire cet examen. Nous avons été surpris, 62% ont répondu « oui », 38% pensent que c'est au spécialiste de faire cet examen.

Parmi les pédiatres, un seul est d'accord pour que cet examen soit réalisé par les médecins généralistes sous condition qu'ils soient formés pour cet examen.

Jusqu'à ce jour, cet examen a toujours été réalisé avant la sortie de maternité par le pédiatre qui autorise le retour à domicile de l'enfant.

Nous avons convenu après discussion avec les pédiatres, qu'**une sortie à J3 ne changerait pas la pratique** : le certificat sera rempli par le pédiatre qui examine l'enfant avant sa sortie de la maternité. Sur le certificat seront notés les **tests obligatoires de dépistage** faits avant la sortie. L'examen du huitième jour doit être fait dans la première semaine de vie du nourrisson, il sera donc réalisé à J3.

La réalisation du certificat obligatoire du 8ème jour par le médecin généraliste nécessiterait une formation plus approfondie. Ceci est difficilement envisageable d'un point de vue organisationnel. Rappelons que les sorties précoces vont concerner un faible pourcentage de mamans. La rédaction du certificat par les médecins généralistes resterait un acte occasionnel, avec un risque d'erreur ou de « mal faire » par manque de pratique.

Il convient de ne pas risquer de voir les taux de réalisation du certificat du huitième jour diminuer. La rédaction de ce certificat à la maternité par le pédiatre autorisant la sortie est un **gage de sécurité**.

L'examen obligatoire de fin de première semaine de vie est-il aussi performant réalisé à J3 ?

Cet examen obligatoire est **actuellement** réalisé au **4ème jour**, et le certificat médical obligatoire dit du 8ème jour actuellement écrit au 4ème jour. Dans la littérature, peu de données nous indiquent la performance de ce test quand il est réalisé au 3ème ou 4ème jour.

- Dans son rapport « la première semaine de vie », Paul Vert nous rappelle : « l'autonomie des grandes fonctions peut être acquise dans des délais de 3 à 5 jours (…). L'examen de santé dit du huitième jour et les examens de dépistage des affections congénitales sont effectués à une date appropriée. » sans plus de précision quant aux dates exactes. Il recommande : « la garantie

d'un système de relais en cas de retour précoce (de préférence pas avant trois jours) »

- Selon l'ANAES, l'examen du nouveau né réalisé entre 7 et 10 jours de vie a une valeur médicale essentielle pour le **dépistage des malformations cardiaques**. La décompensation des malformations cardiaques survient entre J8 et J10 : ce n'est pas un problème spécifique de la sortie précoce. Actuellement, les nourrissons ne sont pas examinés de façon systématique à J8 par un médecin…L'ANAES nous précise : « pour prévenir une décompensation, l'équipe du suivi à domicile doit être attentive à la reconnaissance rapide des premiers signes de cardiopathies ». Il convient donc, après un examen clinique fait par le pédiatre à J3, de donner des consignes de surveillance aux parents et aux sages-femmes libérales. Les signes cliniques pouvant évoquer une cardiopathie sont les suivants : cyanose, essoufflement lors des repas, tachypnée à plus de 60/minutes, hépatomégalie et oedèmes périphériques.

.b.4Conclusion

- Les médecins généralistes ont montré un **intérêt** certain pour le sujet. A nous de les **informer** des modalités organisationnelles d'une sortie à J3 à la maternité de la Roche sur Yon.

- Ils seront ainsi nos **partenaires** :

  - Pour diffuser l'information à leurs patientes en proposant systématiquement, lors de la déclaration de grossesse, un entretien prénatal précoce avec eux-mêmes ou une sage-femme.

  - En cas de problème médical, la patiente peut avoir recours à son médecin généraliste. Il fera la distinction entre une situation physiologique et une situation pathologique pour elle ou son enfant. Il décidera du recours ou on au spécialiste.

- Le **certificat médical de santé des huit premiers jours** de vie sera rempli par le **pédiatre** qui examine l'enfant et autorise sa **sortie de la maternité**. Selon les données de la littérature, il serait préférable que l'enfant soit revu par un médecin généraliste ou spécialiste de façon systématique entre J8 et J10 pour le dépistage des malformations cardiaques, que la sortie soit précoce ou non. Il conviendrait de diffuser cette information de façon générale.

)CLES AUTRES PARTENAIRES

.c.1Le service de protection maternelle et infantile de Vendée.

Nous avons rencontré Dr Lorieau à ce sujet, pour répondre à plusieurs de nos interrogations :

- La constitution du service de PMI en Vendée.

- Ses principales missions et projets.
- Son avis sur le projet de sortie précoce de la maternité au CHD de la Roche sur Yon, en lui présentant les modalités et conditions de ce projet.
- La possibilité ou non d'un partenariat avec les sages-femmes et puéricultrices du service de PMI.

La constitution du service de PMI, ses principales missions et projets sont présentés dans la partie « matériel et méthodes »

Nécessité d'une collaboration renforcée avec la PMI

MT. Hermange dans son rapport 2006, estime qu'il est important de renforcer la collaboration entres les équipes de PMI et les structures hospitalières. Cette collaboration aurait pour objectifs (entres autres) :

- « De repérer les risques médico-sociaux, afin d'adapter le type de prise en charge des parents et des nouveaux nés et ce conformément aux normes fixées dans les décrets d'octobre 1998. »
- « D'organiser en réseau la prise en charge de la grossesse, de la naissance et du suivi du post-partum de la mère et du nouveau né, selon les facteurs de vulnérabilité médico psycho-sociaux. »

Le cahier des charges national des réseaux en périnatalité nous rappelle : *« certaines situations particulières, notamment psychosociales, nécessitent des durées de séjour plus longues et la maternité doit pouvoir s'organiser pour y faire face en lien avec la PMI en tant que de besoin »*

Intervention de la PMI de Vendée en cas de sortie à J3

Dr Lorieau est favorable aux sorties à J3 dans la mesure ou celles-ci sont préparées et organisées avec un suivi au domicile.

Les **acteurs de la PMI** interviendront dans les cas ou une prise **en charge médico-sociale s'avère nécessaire**. La mission des puéricultrices et des sages-femmes du service de PMI est d'assurer le **suivi à domicile des femmes en difficulté sociale ou psychologique**.

.c.2L'Hospitalisation à domicile de Vendée

Nous avons quelques expériences de suivi à domicile dans le post-partum avec l'HAD pour des patientes dont les suites de couches étaient compliquées, justifiant l'intervention de l'HAD.

L'étude réalisée par Buscail et Peyrot remet en question l'intérêt économique d'une HAD qui impose une organisation lourde et coûteuse.

Une analyse menée par le CREDES en 2003 estime le coût moyen global de l'HAD à 140 euros par journée. Le coût médical direct (prix de journée HAD et assurance maladie) représente 70% du coût global de prise en charge en HAD, les 30% restant relevant de la coordination médicosociale et des frais de fonctionnement de la structure. Cette étude économique met en évidence les disparités de coût moyen par jour selon le protocole de soins, les cas obstétricaux (surveillance des grossesses à risque, prise en charge du nouveau né et post partum) sont les protocoles les moins chers : entre 50 et 64 euros.

Les conclusions de cette analyse ont permis de revoir la tarification de l'HAD qui n'est plus un prix de journée uniforme mais une tarification à l'activité depuis décembre 2006.

Malgré ces nouvelles données, le recours à une sage-femme libérale reste plus économique. Les deux premières visites de suite de couche du jour de l'accouchement à J7 sont cotées SF16+IFD soit 46,21€, les visites suivantes sont cotées SF12+IFD soit 35,21€

*Pour des **suites de couches simples**, nous travaillerons avec les **sages-femmes libérales.***

*Nous aurons **recours à l'HAD** pour des situations plus complexes, nécessitant un **suivi obstétrical renforcé** dans le post-partum, il ne s'agira pas de sorties à J3.*

.c.3Les centres périnatals de proximité en Vendée

Ils sont un support important pour les patientes habitant autour de Luçon et Montaigu.

Les deux CPP assurent des consultations de pédiatrie et gynécologie Si besoin la maman peut donc s'y adresser dans le post partum.

En cas d'ictère de l'enfant, le CPP est un lieu ou l'enfant pourra bénéficier d'une mesure transcutanée de bilirubine.

Les CPP sont des partenaires précieux pour le médecin généraliste et la sage-femme libérale. Ils pourront y adresser la patiente et son enfant en ***consultation*** *si besoin. Le CPP est un* ***lieu de consultation****, un* ***RDV doit être programmé****. En cas d'urgence médicale, le couple mère enfant est adressé au CHD de la Roche sur Yon.*

)DLE LIEN VILLE-HOPITAL

Le **réseau** est un outil performant pour envisager la **patiente dans sa globalité**.

Une **coopération** au sein du réseau doit couvrir l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière, pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant. Elle doit reposer sur des **réseaux de santé de proximité ville/hôpital.**

.d.1Fiche de liaison pour la patiente

Les parents doivent savoir à qui s'adresser, au sein du système de soins, pour se sentir en sécurité. Nous avons élaboré une fiche de liaison avec les coordonnées des correspondants pour la patiente(annexe 7).

Cette fiche appartient au couple et doit être remplie avant la sortie de la maternité avec la participation de la patiente.

Ainsi, la patiente est actrice dans la démarche de son suivi à domicile.

.d.2Le dossier de liaison

Outil de travail : le dossier de liaison

Nous avons élaboré ensemble un dossier de liaison (annexe 8), outil mis à la disposition de la sages-femme qui suivra la patiente au domicile.

Ses objectifs:

- Ce dossier de liaison permet aux sages-femmes de noter leur examen clinique et observations lors des différentes visites. Si d'autres professionnels sont amenés à voir la patiente, ils ont ainsi une information du suivi médical précis de la patiente et du nourrisson.

- La première page du dossier est un résumé de l'hospitalisation de la patiente, avec toutes les informations relatives à son accouchement et l'examen clinique du nourrisson avant la sortie. Un exemplaire du dossier de liaison sera adressé au médecin traitant pour l'informer de la sortie de la patiente. Pour cela, deux propositions :

  - La patiente peut elle-même déposer un exemplaire du dossier de liaison à son médecin traitant. La patiente est alors active et fait la démarche d'informer son médecin traitant, ceci ayant un côté positif dans la relation médecin malade. Ce système ne garantit pas une information systématique du médecin généraliste, la maman ou un membre de son entourage ne prendra pas toujours le temps de passer au cabinet du médecin généraliste.

  - La maternité peut envoyer un exemplaire par courrier, assurant que tous les médecins traitants seront informés. Par contre, le délai d'information pourra être un peu plus long en fonction du jour de sortie.

- Ce dossier de liaison sera sans doute amené à être modifié après quelques mois d'utilisation par les sages-femmes qui pourront juger de sa facilité d'utilisation.

\21NECESSITE D'UNE FORMATION MEDICALE CONTINUE

)AFORMATION DES SAGES-FEMMES

.a.1Pour la mère

.a.1.1Rappel des données de notre enquête

Nous avons interrogé les sages-femmes sur leurs craintes de méconnaître des pathologies pour la mère.

Pour les pathologies du post-partum, 15 sages-femmes sur 20 ont répondu « *non* » à la question : « *avez-vous des craintes de pathologies méconnues pour la mère ?* ». Pour les 3 sages-femmes ayant répondu oui à cette question, je vous rappelle les commentaires associés à leur réponse :

- Deux craignent de méconnaître une pathologie embolique ou infectieuse

- Une sage-femme a peur pour des **pathologies non stabilisées**, notamment le diabète et l'hypertension artérielle, elle précise : « pour moi, la sortie précoce ne peut être envisagée si les suites de couches sont pathologiques »

Par rapport aux pathologies emboliques ou infectieuses, elles font partie des pathologies du post-partum que la sage-femme doit savoir suspecter. Elle doit connaître les signes cliniques de ces pathologies afin qu'elle puisse adresser la patiente pour un avis médical au moindre doute.

Par rapport aux pathologies non stabilisées, on peut rassurer les sages-femmes : si une pathologie n'est pas stabilisée dans le post-partum, la patiente ne peut être candidate au RPDA, il s'agit d'une contre indication.

.a.1.2Formation actuelle des sages femmes

Les sages-femmes *« possèdent un statut de personnel médical à compétences définies et encadrées »*. Le code de la santé publique indique qu'elles ont en charge *« la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant »*

La structure de l'activité des sages-femmes a beaucoup évolué au cours des dernières années. Les actes de soins infirmiers ont fortement diminué, en revanche les actes cotés SF sont en progression (rééducation périnéale, surveillance des grossesses pathologiques, suivi postnatal…)

.a.1.3Thèmes de la FMC

Les thèmes sont évolutifs et fonction des difficultés rencontrées sur le terrain

La formation médicale continue des sages-femmes pour le suivi du post-partum à domicile passe initialement par des **réunions d'informations** régulières, pour discuter du projet, suivre son évolution et réévaluer régulièrement les pratiques. Il importe de créer des espaces de rencontre, qui permettent un échange plus subjectif sur les difficultés rencontrées.

Thèmes relatifs à la pathologie du post-partum

Un rappel des principaux points de l'examen clinique du post-partum et des pathologies rencontrées s'avère nécessaire même si à priori toutes les sages-femmes sont formées sur le sujet.

Le sujet de l'allaitement a déjà fait l'objet d'un groupe de travail, une réflexion ayant abouti à l'élaboration d'un guide destiné à tous les professionnels de santé.

Le thème principal de la FMC est celui de la formation à l'entretien prénatal précoce.

Le point essentiel de la formation des sages-femmes est celui de la formation à la réalisation de l'entretien prénatal précoce, élément nouveau dans le suivi de la femme enceinte. Au cours de cet entretien sera abordé le « projet de naissance » : conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale.

Le programme pour la formation des sages-femmes à l'entretien devra aborder le **contenu de l'entretien et son contexte** : le réseau. La nécessité d'une reprise de cas difficiles avec un tiers doit s'intégrer dans la formation.. L'annexe 14 est une fiche de synthèse pouvant servir à l'EPP.

.a.2Pour l'enfant :

Pour les pathologies du nourrisson, 11 sages-femmes sur 20 ont répondu « *oui* » à la question : « *Avez-vous des craintes particulières de pathologies méconnues pour l'enfant ?* » .

A la question : *« Une formation complémentaire vous semble-t-elle nécessaire ? »,* **17 sages-femmes sur 20** répondent oui. Quand le souhait est précisé, elles citent une **formation complémentaire en pédiatrie**, avec certains thèmes cités plusieurs fois : **l'examen clinique** complet du nouveau né, l'**alimentation** du nouveau né, les **critères d'hospitalisation**.

L'examen clinique et la pathologie du nourrisson au cours du premier mois de vie sera un sujet de la FMC..

)BFORMATION DES MÉDECINS GENERALISTES

Dans la partie précédente nous avons défini les rôles du médecin généraliste, qui sont principalement les suivants :

- Recours au médecin généraliste en cas de problème médical dans le post-partum pour la mère ou l'enfant.
- Diffusion de l'information aux patientes en proposant le plus tôt possible en cours de grossesse, idéalement lors de la déclaration de grossesse, un entretien prénatal précoce.

.b.1Thèmes de la FMC :

Le principal thème de la FMC doit s'orienter sur la diffusion de l'information aux patientes.

Il faut informer et/ou former les généralistes à l'entretien prénatal précoce. Ceci oblige à **repenser la complémentarité sage-femme – médecin généraliste**. Le médecin généraliste en première ligne diagnostique la grossesse et informe de la possibilité d'un EPP qui doit être le plus précoce possible.

La Direction Générale de la Santé nous précise : *« Si la formation s'adresse directement aux praticiens de l'entretien, elle doit aussi inclure les modalités d'information des professionnels en amont et en aval : invitations à une séance de formation, rencontre d'information (EPU, journées de sensibilisation, informations écrites…) ».*

Le réseau « Sécurité Naissance – Naître Ensemble » a déjà débuté ce travail de diffusion de l'information, en rendant accessible sur son site Internet : www.**reseau-naissance**.com des informations relatives à l'entretien prénatal précoce :

- Une plaquette (annexe11)

- Une affiche (annexe 12)
- Une lettre aux médecins (annexe 13)
- Une fiche de synthèse pouvant servir à l'EPP (annexe 14)

Si nous apprenons à travailler ensemble, en réseau, la prise en charge de la patiente dans sa globalité sera améliorée et les modalités d'organisation pour une sortie à J3 seront facilitées.

La FMC doit répondre a la demande des médecins généralistes.

Dans notre enquête, 95% des médecins généralistes sont intéressés par une FMC sur la pathologie du nourrisson au cours du premier mois de vie, 92% par une FMC sur la pathologie du post-partum On note un intérêt moindre pour l'allaitement avec 74% des praticiens intéressés. Les thèmes suivants devront faire partie d'un programme établi de FMC.

\22EVALUATION DE NOTRE RESEAU

L'évaluation est au cœur de la démarche de chaque action en santé publique. Pour les professionnels, elle permet une analyse des résultats et un ajustement des actions

Dans l'avenir, comme le préconise l'ANAES, une **charte avec un règlement intérieur** devra être établie.

Un **rapport d'activité annuel** relèvera :

- Le nombre de patientes prises en charge
- Le déroulement de leur suivi à domicile avec le nombre de visites à domicile
- Le recours aux professionnels de santé autres que la sage-femme : le médecin généraliste, l'hôpital. Nous noterons comment les patientes se sont adressés à eux : appels téléphoniques, consultations…
- Le nombre de réhospitalisations et leurs motifs.

Le dossier de liaison sera le premier élément qui nous permettra ce recensement et le suivi de nos patientes sorties à J3.

Dans l'avenir, il serait intéressant d'y joindre un **questionnaire de satisfaction** pour les patientes qui ont bénéficié de ce suivi à domicile.

CONCLUSION

De nombreuses maternités en France pratiquent le RPDA pour leurs patientes. Pour envisager la possibilité d'une sortie précoce à la maternité de la Roche sur Yon, nous devions **réfléchir sur son organisation**.

Après **recensement des différents partenaires**, notre étude nous a permis de définir les modalités d'organisation du retour précoce au domicile à la maternité de la Roche sur Yon.

Au travers nos enquêtes avec, successivement, les sages femmes libérales, les médecins généralistes et les pédiatres, nos conclusions sont les suivantes :

- Nous envisageons une **sortie à J3**, permettant ainsi une **mesure transcutanée de bilirubine à 72 heures de vie** et la réalisation des **tests de dépistage avant la sortie de maternité.**

- Pour assurer des **conditions optimales de sécurité** pour nos patientes et leurs enfants en cas de sortie à J3, la mise en place d'un **réseau de proximité ville-hôpital** est nécessaire. Il regroupe des acteurs issus d'horizons différents leur permettant de travailler ensemble, tout en ayant chacun une place définie dans ce réseau :

    - Le **suivi à domicile** sera assuré par une **sage-femme libérale**.

    - La patiente sera informée de la possibilité d'un retour précoce au domicile après accouchement par la sage-femme au cours de **l'entretien prénatal précoce**.

    - Le **médecin généraliste** a un rôle clé dans la **continuité des soins**. Au cours de la grossesse, il oriente sa patiente le plus précocement possible vers la sage-femme libérale pour la réalisation de l'entretien prénatal précoce. Dans le post partum, il peut intervenir en cas de problème médical pour la femme ou l'enfant et orienter si besoin vers le spécialiste gynécologue ou pédiatre.

Pour que tous les acteurs de ce réseau de proximité collaborent dans de bonnes conditions, il convient toujours de se soucier de la **bonne transmission des informations**. Nous **évitons ainsi une rupture hôpital/domicile**, assurant une **sécurité physique et psychique** pour la mère et son enfant.

Il s'agit là d'un **enjeu de santé publique,** les **contraintes économiques** pesant actuellement dans notre système de santé **ne doivent en aucun cas altérer la qualité de notre prise en charge médicale.**

Parler de sorties précoces est une **chance de se poser la question d'un « faire autrement » dans le souci d'une qualité optimum de soins pour nos patients.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002

2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau né. Paris: ANAES; 2002

3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Sortie précoce après accouchement: conditions pour proposer un retour précoce à domicile: ANAES; mai 2004

4. Aligon A, Com-Ruelle L, Renaud T, Lebrun E. Le coût de prise en charge en HAD. Questions d'économie de la santé. juin 2003;67.

5. American Academy of Pediatrics. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004 Jul;114(1):297-316.

6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care (5th edition). Washington: American Academy of Pediatrics; 2003

7. Berrry M. La sortie précoce des accouchées avec suites de soins par sages-femmes à domicile: à propos de l'expérience de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon de 1996 à 2001. Lyon: Université Claude Bernard; 2003.

8. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. BJOG. 2004 Aug;111(8):807-13.

9. Breart G, Puech F, Rozé JC. Vingt propositions pour une politique périnatale. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2003

10. Brumfield CG. Early postpartum discharge. Clin Obstet Gynecol. 1998 Sep;41(3):611-25.

11. Buisson G. Le réseau des maternités entre1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risque, avec de fortes disparités régionales. Etudes Résultats. 2003;225:1-8.

12. Buscail S, Peyrot S. Les sorties précoces de maternité. Etude rétrospective à propos de 149 dossiers à la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille du 1er janvier au 31 décembre 1998. Lille: faculté de médecine Henri-Warembourg; 2000

13. Centre hospitalier Départemental La Roche sur Yon - Luçon - Montaigu. disponible sur: www.chd-vendee.fr.

14. Centre Périnatal de Proximité du Centre Hospitalier de Montaigu. Organisation de la prise en charge des femmes enceintes à Montaigu; octobre 1998

15. Chauffaut D, David E, Vallet M. Les débuts du congé paternité, vécu et représentations: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DRESS; avril 2003. Report No.: 29

16. Chauvet A. La prévention globale en périnatalité. Quelle place pour un entretien prénatal précoce? Nantes; janvier 2007.

17. Circulaire DHOS/03 n°2006_506 du 1/12/2006 relative à l'hospitalisation à domicile .

18. Cléophax JP, Fauquet E, Girodet D. Sorties précoces de maternité: problèmes posés, exigences, recommandations. Arch Pédiatr. 1999;6(8):885-8.

19. Codaccioni X, Vanderstichele S, Roumilhac M, Hammou Y. Sortie précoce de maternité: conséquences et objectifs à atteindre pour la santé de la mère. In: Arnette, editor. 33es Journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003. p. 21-9.

20. Conseil d'Evaluation des Technologies de la Santé au Québec. Bilirubinométrie transcutanée dans un contexte de congé postnatal précoce. (CETS 99-6 RF). Montréal: CETS; 1999

21. David G. Prise en charge de l'ictère du nouveau né. Bull Acad Nat Med. 2003;187:1195-8.

22. Dehée P, Berry M, Mellier G. Sortie précoce de maternité: l'expérience lyonnaise d'un suivi à domicile par la maternité. In: Arnette, editor. 33es Journées nationales de la Société française de médecine périnatale 22-23-24 octobre 2003. Nantes: SFMP; 2003. p. 57-69.

23. Diquelou JY. Les suites de couches, carrefour décisionnel de la prévention des troubles relationnels parents enfants. Ann Méd Lorraine. 2000;3:206-13.

24. Direction Générale de la Santé. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre; 2006

25. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales des Pays de Loire. Echo des STAT, Pays de Loire; mars 2003

26. Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. Obstet Gynecol. 1993 May;81(5 (Pt 1)):764-7.

27. Ferrand D. La douleur périnatale du post-partum précoce: quelles pratiques professionnelles? Lyon: Assises de sages-femmes; 2002

28. Garrand MP. Revenir la maison après l'accouchement. Recherche soins infirmiers. 1993;33:30-64.

29. Gonnaud F. Sorties précoces de maternité: attentes et besoins des parents. Vocation Sage-femme. janvier 2006;38:10-2.

30. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. Obstet Gynecol. 1997 Nov;90(5):860-5.

31. HAD Vendée. Rapport d'activité. 2006; disponible sur: www.hadvendée.com.

32. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Saint-Denis La Plaine: HAS; avril 2005

33. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP): HAS; novembre 2005

34. Hermange MT. Périnatalité et parentalité [Rapport au Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille]; février 2006

35. Kessel J, Ward RM. Congenital malformations presenting during the neonatal period. Clin Perinatol. 1998 Jun;25(2):351-69.

36. Liu LL, Clemens CJ, Shay DK, Davis RL, Novack AH. The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. Jama. 1997 Jul 23-30;278(4):293-8.

37. Liu S, Wen SW, McMillan D, Trouton K, Fowler D, McCourt C. Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. Can J Public Health. 2000 Jan-Feb;91(1):46-50.

38. Lorieau G. le lait maternel, une mine de bienfaits pour l'enfant. Journal de la Vendée; janvier 2007; disponible sur: http://www.vendee.fr/vendee/dossiers/default.asp?dsp=389.

39. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl KD, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. Pediatrics. 2003 Mar;111(3):519-24.

40. Mons M. HAD maternité: nouveaux objectifs. Dossiers Obstét. 2003;313:11.

41. Naiditch M. Des réseaux et des femmes, in Dugnat M. Prévention précoce, parentalité et périnatalité. 2004.

42. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Analyse de trois professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'electroradiologie médicale.; octobre 2004

43. Observatoire Régional de la Santé. Les sages-femmes. mars 2007; disponible sur: www.santépaysdelaloire.com.

44. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. Périnatalité dans les Pays de Loire, tableau de bord d'indicateurs: Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire; édition 2006

45. Observatoire Régionale de la Santé des Pays de Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. juin 2007.

46. Ordre des sages-femmes. Exercice de la profession, l'exercice libéral. disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof/proexolib4.htm.

47. Protection Maternelle et Infantile de Vendée. rapport d'activité; 2005

48. Racinet C, Guyot F, Robert Y, Favier M, Franco A. hospitalisation à domicile et suites de couches. L'expérience Grenobloise (1985-1993). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1994;3(5):582-6.

49. Réseau "Sécurité Naissance - Naître Ensemble" des Pays de Loire. Recommandations pour l'ictère du nouveau-né de plus de 35 SA; mars 2006

50. Senecal J. Les certificats médicaux obligatoires de la première enfance. Le Concours Médical. 2001:2581-885.

51. Senecal J, Roussey M, Morellec J, Meyer C. Les certificats de santé: 20 ans d'application. Le Concours Médical. 1993:115-23.

52. Van Egroo LD, Mayenga JM. Sortie précoce après accouchement: données récentes recueillies auprès des pédiatres et des patientes. La Lettre du Gynécologue. 2005;301:16-20.

53. Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Gerin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal: des points de vue divergents. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2000;29(1):94-101.

54. Vert P, Arthuis M. La première semaine de vie: Académie Nationale de Médecine; 2005

55. Vial M. La sortie précoce de maternité et le suivi postnatal. Technologie&Santé. 2005;57:70-7.

ANNEXES

Annexe 1

COURRIER ADRESSE AUX SAGES FEMMES POUR REALISATION DE L'ENQUETE

Madame,

Actuellement en fin de troisième cycle de médecine générale, je réalise ma thèse sur les sorties précoces de maternité, sous la direction du Dr Bonnenfant, gynécologue obstétricien au CHD de la Roche sur Yon.

La maternité du CHD de la Roche sur Yon souhaite étudier la possibilité d'une sortie précoce après accouchement. Le sujet de ma thèse consiste à recenser l'avis des différents intervenants qui seraient impliqués dans ce projet. Nous souhaitons connaître votre avis, vos motivations et votre capacité d'investissement professionnel face à un éventuel retour précoce à domicile après accouchement.

Afin de pouvoir réaliser cette étude et d'en tirer les conclusions nécessaires, je vous serai reconnaissante de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et me le renvoyer dès que possible dans l'enveloppe affranchie qui l'accompagne.

Une réunion est prévue au CHD le 20 janvier 2006 à 16h30. Je souhaiterais vous présenter les premiers résultats et nous pourrions répondre à vos questions et inquiétudes.

Selon les recommandations de l'ANAES (mai 2004) :

- Le retour précoce à domicile après accouchement correspond à une **sortie à J2** (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un **accouchement par voie basse** ou à **J4 pour une naissance par césarienne.**

- Le retour précoce concerne les couples mères enfants à **bas risque médical**, **psychologique et social**. Selon l'étude AUDIPOG, la sortie précoce s'adresse actuellement **à 7% des femmes** après accouchement.

- Le retour précoce à domicile après accouchement doit s'accompagner d'un **suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile**. En Vendée, le suivi à domicile pourrait être assuré par les sages femmes libérales, l' HAD ou d'autres partenaires à définir : centre périnatal de proximité...

- Une **information** de la mère durant la grossesse doit être donnée, elle doit porter sur les modalités du suivi, les indications et contre indications, les avantages et limites de la sortie précoce, afin que la décision de la patiente soit un véritable **choix éclairé.**

Bien consciente du temps que vous me consacrez ainsi, je vous remercie sincèrement de votre collaboration.

Mélanie Blais.
Résidente en médecine générale.

Dr Bonnenfant
Gynécologue obtétricien.

Annexe 2

COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES POUR LA REALISATION DE L'ENQUETE

Madame, Monsieur,

Actuellement en fin de troisième cycle de médecine générale, je réalise ma thèse sur les sorties précoce de maternité, sous la direction du Dr Bonnenfant, gynécologue obstétricien au CHD de la Roche sur Yon.

La maternité du CHD de la Roche sur Yon souhaite étudier la possibilité d'une sortie précoce après accouchement. Nous souhaitons avoir l'avis des différents partenaires avant la réalisation d'un tel projet au CHD. Je réalise un sondage à ce sujet.

Au préalable, il me semble utile de vous donner plus amples informations sur la sortie précoce après accouchement, les recommandations de l' ANAES datent de mai 2004 :

- Le retour précoce à domicile après accouchement correspond à une **sortie entre J0 et J2** inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un **accouchement par voie basse** ou entre J0 et **J4 pour une naissance par césarienne.**

- Le retour précoce concerne les couples mères enfants à **bas risque médical**, **psychologique et social**. Selon l'étude AUDIPOG, la sortie précoce s'adresse actuellement **à 7% des femmes** après accouchement.

- Le retour précoce à domicile après accouchement doit s'accompagner d'un **suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile**. En Vendée, le suivi à domicile pourrait être assuré par les sages femmes libérales, l' HAD ou d'autres partenaires à définir : centre périnatal de proximité...

- Une **information** de la mère durant la grossesse doit être donnée, elle doit porter sur les modalités du suivi, les indications et contre indications, les avantages et limites de la sortie précoce, afin que la décision de la patiente soit un véritable **choix éclairé.**

J'effectue mon sondage auprès de 30 généralistes environ en Vendée choisis de façon aléatoire. Je prendrai prochainement contact avec vous pour, si vous le souhaitez, fixer un rendez vous afin de vous interroger sur un temps court : dix minutes pour 10 questions et discussion.

Je reste à vôtre disposition pour plus amples renseignements. En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous portez à ce projet et pour vôtre accueil et vôtre collaboration

Je vous prie d'agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Mélanie Blais
Résidente en médecine générale.

Dr Bonnenfant
Gynécologue obtétricien.

Annexe 3

COURRIER ADRESSE AUX PEDIATRES POUR RECUEILLIR LEUR AVIS

Madame, Monsieur,

Actuellement en fin de troisième cycle de médecine générale, je réalise ma thèse sur les sorties précoce de maternité, sous la direction du Dr Bonnenfant, gynécologue obstétricien au CHD de la Roche sur Yon.

La maternité du CHD de la Roche sur Yon souhaite étudier la possibilité d'une sortie précoce après accouchement. Nous souhaitons avoir l'avis des différents partenaires avant la réalisation d'un tel projet au CHD. Dans un premier temps, j'ai réalisé une enquête auprès des sages femmes libérales de Vendée pour connaître leur souhait et capacité d'investissement pour ce projet, je réalise également un sondage auprès des généralistes. Je souhaite m'entretenir avec vous : le retour précoce après accouchement au CHD est il pour vous envisageable et si oui dans quelles conditions ? Si vous le souhaitez, je vous contacterai à ce sujet prochainement.

Selon les recommandations de l'ANAES (mai 2004) :

- Le retour précoce à domicile après accouchement correspond à une **sortie entre J0 et J2** inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un **accouchement par voie basse** ou entre J0 et **J4 pour une naissance par césarienne.**

- Le retour précoce concerne les couples mères enfants à **bas risque médical**, **psychologique et social**. Selon l'étude AUDIPOG, la sortie précoce s'adresse actuellement **à 7% des femmes** après accouchement.

- Le retour précoce à domicile après accouchement doit s'accompagner d'un **suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile**. En Vendée, le suivi à domicile pourrait être assuré par les sages femmes libérales, l' HAD ou d'autres partenaires à définir : centre périnatal de proximité...

- Une **information** de la mère durant la grossesse doit être donnée, elle doit porter sur les modalités du suivi, les indications et contre indications, les avantages et limites de la sortie précoce, afin que la décision de la patiente soit un véritable **choix éclairé.**

Je reste à vôtre disposition pour plus amples renseignements.

Je vous prie d'agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments respectueux.

Mélanie Blais
Résidente en médecine générale.

Dr Bonnenfant.
Gynécologue obtétricien.

Annexe 4

MEMENTO : LE SUIVI A DOMICILE DE LA MERE

- Prise du pouls, de la température, de la pression artérielle
- Examen des seins : souplesse, absence de crevasses, etc.
- Surveillance de l'involution utérine, de l'importance et l'aspect des lochies
- Vérification de la cicatrisation du périnée ou de l'incision de césarienne
- Selon les cas : soins de périnée, ablation de fils
- Absence de signes urinaires anormaux, reprise du transit
- Examen des membres inférieurs, recherche de signes de phlébite
- Recherche de complications infectieuses : signes urinaires, rougeur ou douleur de cicatrice, etc.
- Examens complémentaires si opportuns : numération sanguine, cytobactériologie des urines.
- Appréciation de la fatigue maternelle
- Favoriser un échange avec la mère sur le vécu de l'accouchement
- Évaluation de l'état psychologique, du degré de bien-être de la mère (score EPDS) et dépistage d'un éventuel trouble psychiatrique
- Repérage des difficultés parentales.
- Observation de l'allaitement maternel et de son efficacité
- Évaluation des capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau- né (toilette, bain, soins du cordon, signes d'alerte).
- Vérification de la bonne prise du traitement si prescrit, adaptation de la prescription le cas échéant
- Information sur la contraception et la reprise de la sexualité
- Information sur l'intérêt de la visite postnatale et de la rééducation périnéale.

Annexe 5

MEMENTO : LE SUIVI A DOMICILE DE L'ENFANT

- Examen clinique du nouveau- né :
  - état général (coloration, tonus) ;
  - évolution de la courbe de poids ;
  - surveillance de la température ;
  - existence et/ou évolution d'un ictère (mesure transcutanée de la bilirubine) ;
  - état de la peau, du cordon ;
  - recherche de signes d'infection ;
  - contrôle de l'aspect des urines et des selles ;
  - absence de troubles digestifs : vomissements, régurgitations, troubles du transit ;
  - comportement : regard, réponses aux stimulations, rythme de sommeil, cris.
- Conseils pour les soins de puériculture
  - observation de la tétée : efficacité, bonne position de l'enfant au sein ;
  - apprentissage de la mère pour reconnaître les signes d'un allaitement bien établi : comportement de l'enfant qui s'endort repu après la tétée, nombre de tétées par 24 heures (au moins 8), nombre de mictions ;
  - préparation des biberons ;
  - informations sur les besoins de l'enfant et ses rythmes biologiques ;
  - vérification de l'administration des vitamines ;
  - aide à la toilette ou au bain du nouveau-né ;
  - position de couchage ;
  - hygiène et conditions de vie.
- Appréciation de la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né
  - échanges vocaux et visuels ;
  - mère détendue, à l'écoute.
- Continuité du suivi
  - réalisation des tests de dépistage ;
  - nature et calendrier du suivi médical, vaccinations ;
  - coordonnées des professionnels assurant le relais et celles des services d'urgence.

Annexe 6

QUESTIONNAIRE EPDS D'EVALUATION D'UN ETAT DEPRESSIF « EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

NOM :

PRENOM :

DATE :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :
- oui tout le temps
- <u>oui la plupart du temps</u>
- non pas très souvent
- non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6-J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7-Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse
- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9-Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10-Il m'est arrivé de penser à me faire mal
- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

Pour la détermination d'un score-seuil, Nicole Guedeney évalue 3 caractéristiques :

- la sensibilité qui est le reflet de la capacité de l'échelle à repérer les états dépressifs.
- la spécificité qui est la capacité de discrimination des sujets non déprimés.
- la valeur prédictive positive qui prédit , pour un sujet donné, le risque qu'avec un score supérieur à la note-seuil, ce sujet soit déprimé / la valeur prédictive négative qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu'avec un score inférieur à la note-seuil, ce sujet ne soit pas déprimé.

L'étude de Nicole Guedeney définit le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Annexe 7

FICHE DE LIAISON POUR LES PATIENTES RENTRANT A DOMICILE A J 3

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Nom : .....

Prénom : .....

Je sors de la maternité le.....

avec ..... né(e) le .....

Mes correspondants sont :

- **ma sage-femme : .....**
- **mon médecin traitant : .....**
- **mon gynécologue référent : .....**
- **mon pédiatre référent : .....**
- **PMI de mon secteur : .....**

Je peux joindre à tout heure :

- **le bloc obstétrical de la maternité au** ***02 51 44 62 18***
- **les urgences pédiatriques au** ***02 51 44 61 98***

Annexe 8

DOSSIER DE LIAISON POUR LE SUIVI A DOMICILE

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL
85025 La Roche-sur-Yon Cedex
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

FICHE DE LIAISON POST-PARTUM
CHD - SAGES FEMMES LIBERALES - HAD

Etiquette

N° tel :	**Medecin traitant :**
Adresse :	**Gynécologue :**
	Pédiatre :

Gestité :	**Parité :**	**Gemellité :** ☐ **oui** ☐ **non**
Antécédents médicaux :		
Antécédents obstétricaux :		

Date d'accouchement: / /	**à**	**terme :**
Accouchement par :	☐ **césarienne** ☐ **voie basse**	☐ **voie basse instrumentale** ☐ **siège**
Périnée	☐ **intact** ☐ **épisiotomie**	☐ **éraillure** ☐ **déchirure**

NOUVEAU-NE	
Nom :	**Prénom :**
Poids de naissance :	**Allaitement :** ☐ **maternel** ☐ **artificiel**

MERE	**NOUVEAU-NE**
Examen de sortie	**Examen de sortie** **Poids :** **Taux de bilirubine transcutanée :**
Traitement	**Traitement**

Sortie de la maternité le / / **à J**	**Durée de surveillance souhaitée :**

1ère VISITE A DOMICILE
le .. / .. / …. à J ... par ……..

Examen de la mère	
Examen général	Pouls : .... / min TA : … / … T° : …. °C Involution utérine : Aspect des lochies :
Examen des seins	Souples ☐ oui ☐ non Douloureux ☐ oui ☐ non Crevasses ☐ oui ☐ non Autres (lymphangite, abcès, mycose…) :
Examen du périné	Cicatrice ☐ épisiotomie ☐ déchirure ☐ césarienne Aspect de la cicatrice : Ablation des fils de suture ☐ oui ☐ non
Recherche complications	Signes fonctionnels urinaires ☐ oui ☐ non Signe de phlébite ☐ oui ☐ non
Etat psychologique	
CONCLUSION :	

Examen de l'enfant	
Examen clinique	Poids : …..… g T° : .... °C Ictère ☐ oui ☐ non Examen du cordon : Comportement : Aspect des urines et selles :
Soins de puériculture	Allaitement maternel : Nombre de tétées / 24h : Observation de la tétée : Allaitement artificiel :
CONCLUSION :	

Annexe 9

FICHE D'INFORMATION POUR LES PATIENTES

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Vous êtes enceinte et envisagez d'accoucher à la maternité du CHD de la Roche sur Yon ?

Nous vous informons que vous pouvez choisir de sortir de la maternité trois jours après votre accouchement.
Une sage-femme passera en visite à votre domicile les jours suivants, afin d'assurer votre suivi médical et celui de votre enfant.

Parlez-en à votre sage-femme, elle vous informera des conditions et organisera avec vous votre retour à domicile.

Annexe 10

COURRIER D'INFORMATION POUR LES MEDECINS GENERALISTES

CENTRE HOSPITALIER DEPARTEMENTAL
850250 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX

DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Le 23 juillet 2007

Madame, Monsieur,

Nous vous informons de la mise en place au CHD de la Roche sur Yon, d'un programme d'accompagnement pour les patientes désireuses de sortir précocement (J3) de la maternité après un accouchement par voie basse.

A leur retour au domicile, une sage-femme libérale assure le suivi médical de la maman et du nourrisson.

Vous serez informé de la sortie précoce de vos patientes par un dossier de liaison. Si votre patiente présente un problème médical pour elle ou pour son enfant, elle peut joindre à tout moment le gynécologue ou le pédiatre de garde du CHD.

Nous vous proposons d'informer vos patientes, en cours de grossesse, de la possibilité d'une sortie précoce, avec suivi à domicile par une sage-femme libérale. Pour cela, nous vous remettons une fiche d'information que vous pouvez remettre à vos patientes.

Nous restons à votre disposition pour de plus amples informations.

En vous remerciant par avance pour votre collaboration, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

S. AIRAUD	A.M. ROUAS	D[r] V. BONNENFANT
Cadre sage-femme	Cadre supérieur	Gynécologue-obstétricien

Annexe 11

PLAQUETTE INFORMATIVE SUR L'EPP POUR LES PATIENTES

Suivi de grossesse

1er trimestre	La 1ère consultation se fait avant 15 semaines d'aménorrhée (soit 15 semaines d'absence de règles). Une déclaration de grossesse sera remplie par le professionnel ; à adresser à la caisse d'allocations familiales et de sécurité sociale. ➢ Inscription dans la maternité de son choix ➢ Entretien individuel du début de grossesse ➢ Choisir un mode de préparation à la naissance et à la parentalité ➢ Prise de sang pour le groupe sanguin, la sérologie de rubéole et de toxoplasmose ***Echographie de 11 à 13 semaines d'aménorrhée***
4ème mois	2ème consultation. Un test de dépistage sanguin de la trisomie 21 est proposé.
5ème mois	3ème consultation ***Echographie de 22 semaines d'aménorrhée***
6ème mois	4ème consultation. Prise de sang : hépatite B, glycémie, numération-formule sanguine… Prendre contact avec la maternité d'accouchement
7ème mois	5ème consultation. Consultation avec la maternité où vous allez accoucher.
8ème mois	6ème consultation. Consultation dans la maternité d'accouchement non fait au 7ème mois. ***Echographie de 33 semaines d'aménorrhée***
9ème mois	7ème consultation avec un obstétricien de la maternité d'accouchement. Consultation avec un médecin anesthésiste et

A chaque examen, recherche de sucre et d'albumine dans les urines. Si la sérologie de toxoplasmose est négative, prise de sang tous les mois.
Des prises de sang supplémentaires, des échographies ou d'autres types d'examens peuvent être réalisées en fonction des situations.

Qu'est-ce que le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire ?
Les 24 maternités des Pays de la Loire sont organisées pour proposer aux mères et aux couples la sécurité maximale dans le respect des choix des lieux d'accouchement et des projets de naissance.

Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire
1, allée Baco – 44000 NANTES
Tel 02 40 48 55 81 – Fax 02 40 12 40 72
naitre-ensemble@wanadoo.fr

RSN naître ensemble

Réseau
Sécurité Naissance – Naître ensemble
Pays de la Loire

Entretien individuel de début de grossesse

Depuis peu, les femmes enceintes peuvent bénéficier, en début de grossesse, d'un entretien individuel ou en couple avec un professionnel.

Entretien individuel de début de grossesse

Vous avez la possibilité de demander un entretien individuel de début de grossesse. Cette possibilité existe depuis novembre 2004. C'est un entretien qui peut se faire de manière individuelle ou en couple.

Le coût de l'entretien est de 2.5 consultations (2.5 C soit 38,25 €), pris en charge par la Sécurité Sociale.

Il est conseillé de demander cet entretien le plus précocement possible après la déclaration de grossesse. Les personnes habilitées à pratiquer cet entretien sont les suivantes :

- Sages-femmes de maternité,
- Sages-femmes libérales,
- Sages-femmes de la protection maternelle et infantile (PMI),
- Gynéco-obstétriciens, Gynécologues
- Médecins généralistes,

Ce n'est pas une consultation médicale habituelle : vous ne serez pas examinée. Il s'agit d'un entretien d'écoute et d'échange avec un professionnel.

Les objectifs de l'entretien sont les suivants :

- Favoriser l'expression de vos attentes, de vos besoins, ou de votre projet de naissance,
- Vous donner les informations utiles sur le soutien dont vous pouvez bénéficier,
- Vous proposer des solutions à proximité,
- Vous exposer, si besoin, vos droits pendant la grossesse,
- Vous informer sur les modalités du suivi de votre grossesse,
- Répondre à toutes les questions qui vous préoccupent

La durée habituelle de l'entretien est de 45 mn à 1 heure. Les informations que vous communiquerez resteront confidentielles et ne pourront être transmises qu'avec votre accord. Vous déciderez avec le professionnel du contenu des informations à transmettre et des destinataires potentiels

Annexe 12

AFFICHE INFORMATIVE SUR L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire recommande

Entretien individuel de début de grossesse

Pour profiter d'un temps d'écoute, d'échange, et d'information

Contactez une sage-femme, ou un autre professionnel de la naissance

Annexe 13

MODELE : LETTRE INFORMATIVE AUX MEDECINS SUR L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Réseau
Sécurité Naissance – Naître ensemble
Pays de la Loire

Entretien individuel de début de grossesse

Madame, Monsieur, cher confrère,

Le plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » a prévu de mettre en place un **entretien individuel de début de grossesse**, dit « du 4ème mois » mais qui peut avoir lieu à tout moment.

Cet entretien doit être proposé **en complément du suivi médical** de la grossesse et de la préparation à la naissance. La durée est d'au moins 45 mn.

Il a pour objectif de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets de la femme et du couple, et de donner les informations utiles au déroulement de la grossesse.

En particulier, il peut être l'occasion d'aborder les questions relatives à l'environnement psycho-social de la grossesse telles que les conduites addictives, les situations de précarité et de vulnérabilité.

Nous vous encourageons à **informer les femmes et les couples de la mise en place de cet entretien**, et des lieux où il est proposé (cabinets libéraux de médecins et de sages-femmes, PMI, maternités….).

Vous pouvez vous mettre en relation avec le Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire pour de plus amples informations et sur le site internet www.reseau-naissance.fr. Des brochures d'information pour les mères et les couples peuvent vous être adressées. Par ailleurs, nous joignons un extrait du Plan de Périnatalité de novembre 2004 à la page suivante (voir rapport complet au http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf)

Vous souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur et cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Chef de service — Cadre sage-femme

Annexe 14

FICHE DE SYNTHESE POUVANT SERVIR A L'EPP

Entretien individuel de début de grossesse

Fiche personnelle à conserver ou à communiquer aux professionnels de votre choix

Votre nom ……. Votre date de naissance ……..

Date de l'entretien du début de grossesse ……..

Date prévue d'accouchement ……..

Personne qui a fait l'entretien du début de grossesse ……..

Orientation vers ……
……
……
……

Assistante sociale ☐ PMI ☐ Tabacologue ☐ Psychologue ☐ Autre ☐ ……

Vous pouvez noter, au fur et à mesure de votre grossesse, vos souhaits, vos craintes et vos projets :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Informations que vous voulez transmettre au moment de l'accouchement :
……
……
……
……

NOM : BLAIS **PRENOM** : MELANIE

Titre de Thèse : MISE EN PLACE DU RETOUR PRECOCE A DOMICILE APRES ACCOUCHEMENT AU CHD DE LA ROCHE SUR YON

RESUME

Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) est une pratique de plus en plus fréquente en France. Devant cette tendance au raccourcissement du séjour en maternité, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé publie en mai 2004 des recommandations définissant les conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Pour envisager le RPDA au CHD de la Roche sur Yon, nous avons suivi ces recommandations. Nous avons recensé les différents partenaires impliqués dans la périnatalité. Nous avons réfléchi sur la manière de travailler ensemble dans un réseau de proximité ville/hôpital pour assurer une sécurité optimale dans la prise en charge médicale et psychologique de nos patientes candidates au RPDA. Nous avons ainsi défini les modalités organisationnelles du RPDA à la maternité de la Roche sur Yon.

MOTS CLES

- Sorties précoces de maternité
- Périnatalité
- Réseau
- Projet de naissance
- Post partum