



HAL
open science

Sorties précoces, des transmissions optimales pour un meilleur suivi du couple mère/enfant

Salomé Trochon

► **To cite this version:**

Salomé Trochon. Sorties précoces, des transmissions optimales pour un meilleur suivi du couple mère/enfant. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01868914

HAL Id: hal-01868914

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868914>

Submitted on 6 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz

Sorties précoces, des transmissions optimales pour un meilleur suivi du couple mère/enfant.

Mémoire présenté et soutenu par
TROCHON Salomé, née le 1^{er} Mars 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine

École de Sages-femmes de Metz

Sorties précoces, des transmissions optimales pour un meilleur suivi du couple mère/enfant.

Mémoire présenté et soutenu par
TROCHON Salomé, née le 1^{er} Mars 1989

Promotion 2009-2013

Cet écrit n'engage
que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1	2
1. LES SORTIES PRECOCES	3
1.1 La diminution de la durée de séjour en maternité.....	3
1.2 Qu'est-ce qu'une sortie précoce ?.....	5
1.3 Les conditions pour proposer une sortie précoce.....	6
2. LE RELAIS A DOMICILE	9
2.1 Les différentes possibilités de relais.....	9
2.2 Les compétences sage-femme.....	12
3. DES TRANSMISSIONS OPTIMALES ET ADAPTEES	14
3.1 Les transmissions.....	14
3.2 Le secret professionnel.....	16
PARTIE 2	18
1. PRESENTATION DE L'ETUDE	19
1.1 Problématique.....	19
1.2 Objectifs.....	19
1.3 Hypothèses.....	20
1.4 Modalité de mon étude.....	20

2. PRESENTATION DES RESULTATS DE MON ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES HOSPITALIERES	21
2.1 Renseignements généraux.....	22
2.2 Les sorties précoces.....	23
2.3 Les transmissions lors des sorties précoces.....	26
3. PRESENTATION DES RESULTATS DE MON ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES LIBERALES	29
3.1 Renseignements généraux.....	29
3.2 Renseignements sur le cabinet.....	31
3.3 Les sorties précoces.....	32
3.4 Les transmissions lors des sorties précoces.....	35
PARTIE 3	38
1. EXPLOITATION DE MON TRAVAIL D'ENQUETE	39
1.1 Peu de sorties précoces en Moselle.....	39
1.2 Une organisation difficile des sorties précoces.....	42
1.3 Une perte d'information lors des transmissions.....	44
2. PROPOSITIONS POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES	47
2.1 Utilisation du carnet de maternité.....	47
2.2 Amélioration de la fiche de transmissions.....	49
2.3 Rencontres régulières entre sages femmes libérales et sages femmes de terrain.....	50
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

INTRODUCTION

En France, depuis une dizaine d'années, les femmes quittent de plus en plus tôt la maternité et les sorties s'effectuant avant le troisième jour du post partum sont de plus en plus rependues. Avec la mise en place de ces sorties dites précoces est apparu le suivi des suites de couches à domicile. Il était donc nécessaire de mettre en place un relais médical assurant la continuité des soins durant toute la surveillance du post partum. De manière générale, ce relais est assuré par la sage-femme libérale.

Pour assurer au mieux cette continuité des soins, il est également important que des transmissions optimales soient faites au professionnel de santé assurant le relais à domicile. Cela permet d'assurer un suivi continu de la mère et de son enfant.

Partant de ce constat et de mes observations lors de mes stages en secteur de suites de couches en Moselle, je me suis posée la question suivante : les transmissions réalisées lors de ces sorties précoces ou anticipées sont-elles optimales afin d'assurer le meilleur suivi possible pour la mère et l'enfant ? C'est pourquoi, je me suis intéressée à la qualité des ces transmissions dans les hôpitaux de Moselle. Cela me semble en effet primordiale pour un suivi global de la mère et de son nouveau né.

Dans un premier temps, le terme de sortie précoce sera défini ainsi que les conditions pour l'accepter. Les différents types de relais à domicile possibles seront exposés de même que le cadre des transmissions et ses limites.

Dans un deuxième temps, les réponses aux questionnaires à destination des sages-femmes hospitalières et des sages-femmes libérales seront exposées. Cela permettra une vue d'ensemble sur les transmissions durant les sorties précoces en appréciant le point de vu des deux interlocuteurs.

Et enfin, dans un troisième temps, ces résultats seront analysés afin de proposer d'éventuelles améliorations pour faciliter les transmissions lors de ces sorties précoces.

PARTIE 1

Les sorties précoces.

1. LES SORTIES PRECOCES :

1.1 La diminution de la durée de séjour en maternité :

(1, 2, 3,4)

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, la plupart des accouchements avaient lieu à domicile, encadrés par une sage-femme qui assurait ensuite le suivi de la mère et de l'enfant. Puis, grâce aux progrès de lutte contre les infections, et pour des raisons de sécurité, de plus en plus de femmes ont accouché à l'hôpital. Les séjours en maternité étaient alors de sept à neuf jours. A partir des années 60, ces séjours se sont raccourcis. A l'initiative du professeur Sureau, à l'hôpital Baudelocque de Paris, l'hospitalisation à domicile en obstétrique s'est mise en place.

L'objectif était alors économique. Depuis 2004, les hôpitaux sont financés en fonction de leur activité, il s'agit de la tarification à l'activité (5). En effet, au départ, deux types de financement existaient pour les hôpitaux. D'un côté la dotation globale et de l'autre la tarification à l'activité. Puis, pour des raisons de rentabilité, la tarification à l'activité a été la seule à persister. L'hôpital est donc uniquement financé en fonction des actes qu'il réalise. Or au delà des premières vingt quatre heures, la mère et son enfant ne nécessitent plus que des soins de prévention, de soutien et d'informations qui ne sont pas quantifiables et non financés. La femme et son nouveau-né occupent donc un lit mais ne rapportent plus d'argent à l'hôpital. C'est pourquoi il est plus rentable d'anticiper leur sortie de maternité.

Cette diminution de la durée de séjour en maternité s'explique également par la restructuration du système de santé. Cette restructuration tend vers une fermeture des petites maternités de proximité. Cela contribue également à la diminution du nombre de lits disponibles. En effet, les maternités régionales gardent le même nombre de lits pour plus de personnes à accueillir. Il y a donc un engorgement des lits ce qui explique la réduction du temps de séjour afin de pouvoir accueillir toutes les patientes.

De plus, selon l'OMS, une mère et un nouveau-né en bonne santé n'ont pas besoin de rester à l'hôpital plus de quelques heures. En effet, de manière générale, au delà des 24 premières heures, les suites de couches se déroulent sans pathologie notable pour la mère et pour l'enfant. Le suivi ne comportant que très peu de risques, il peut donc être effectué à domicile.

Pour finir, la diminution de la durée moyenne de séjour en maternité s'explique par une volonté des patientes de démedicaliser leur l'accouchement et ses suites. En effet, les nouvelles mères sont de plus en plus désireuses de retrouver au plus vite leur cocon familial. De nombreuses femmes relatent leurs difficultés à se reposer au sein de la structure hospitalière. Les soins à répétition ainsi que les repas à heures précises sont autant d'arguments qui les incitent à retourner au plus vite à leur domicile. De plus, depuis la mise en place du congé paternité en 2002, les femmes peuvent être soutenues par le futur papa lors des premiers jours. Ce congé paternité de 11 jours permet en effet à la femme d'être épaulée dans les quatre mois suivant la naissance de son enfant. (6)

Pour toutes ces raisons, la majorité des établissements de santé propose aujourd'hui un retour précoce à domicile aux accouchées. A ce jour, selon l'enquête nationale périnatale menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 63% des femmes sortent de la maternité quatre jours après leur accouchement pour un accouchement par voie basse. Mais s'agit-il réellement de sorties précoces ?

1.2 Qu'est ce qu'une sortie précoce ? (6)

Le temps de séjour en maternité accordé par la sécurité sociale est de douze jours. Or une sortie dite classique de maternité s'effectue entre J+4 et J+5 pour un accouchement par voie basse et entre J+6 et J+7 pour un accouchement par césarienne J0 étant considéré comme le jour de l'accouchement. Le temps de séjour est donc déjà systématiquement réduit par rapport à celui accordé par la sécurité sociale. A ces temps de séjour déjà courts s'ajoutent les sorties précoces.

Ce terme de sortie précoce date de 2004. Il a été défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme correspondant à une sortie de maternité s'effectuant entre J0 et J+2 jours inclus pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J+4 jours lorsqu'il s'agit d'un accouchement par césarienne. J0 étant ici considéré comme le jour de l'accouchement.

Cependant, de manière plus générale, le terme de sortie précoce est utilisé si la sortie survient plus tôt que le temps de séjour habituellement pratiqué dans l'hôpital. C'est à dire classiquement avant J+4 pour un accouchement voie basse et avant J+6 après une césarienne. Pour la suite de ce mémoire, le terme de sortie précoce sera donc employé pour une sortie de maternité s'effectuant avant J+4 pour un accouchement par voie basse et avant J+6 pour un accouchement par césarienne.

A titre d'exemple, dans le secteur de Thionville, en 2012 il y a eu 45% de sorties dites précoces de maternité (sorties précoces et anticipées confondues) ce chiffre est en augmentation de 2% par rapport à l'année 2011. Avec cette augmentation du nombre de sorties précoces, augmente en parallèle le nombre de sages-femmes libérales dans ce secteur. Elle étaient en effet 27 en 2012 contre 22 en 2010.

Ces sorties sont cependant réglementées et un certains nombres de critères doivent être remplis afin de pouvoir autoriser une sortie précoce de maternité.

1.3 Les conditions pour proposer une sortie précoce : (7,8)

Le bien être physique, psychique et social de la mère et de son enfant ainsi qu'une prévention de qualité sont des buts essentiels du suivi obstétrical dès le début de la grossesse. Il en est de même en ce qui concerne le suivi dans le post-partum. C'est pourquoi, toutes les femmes ne se voient pas proposer une sortie précoce. En effet, pour assurer un suivi sécurisé, un certain nombre de conditions sont posées avant de pouvoir proposer un retour précoce à domicile.

Trois conditions de base doivent être respectées :

-L'état de santé physique et psychologique de la mère et du nouveau né doivent être satisfaisants au jour envisagé de sortie et les conditions sociales doivent être favorables. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leurs résultats sont connus et satisfaisants.

-La mère doit avoir une compétence et une autonomie suffisante pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte la concernant ou concernant son enfant.

-Le suivi à domicile doit être assuré par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture. Ils doivent pouvoir intervenir dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles.

Voyons ensuite plus précisément les conditions requises pour la mère ainsi que pour l'enfant pour autoriser une femme à sortir précocement de la maternité avec son nouveau né.

1.3.1 Concernant la mère:

Aucun signe d'infection ne doit être décelé par l'anamnèse, l'examen clinique ou les examens complémentaires.

Le risque thromboembolique doit être surveillé et écarté par l'examen clinique et para-clinique avant de proposer une sortie précoce.

Le risque hémorragique doit être contrôlé. Si un retour précoce à domicile est envisagé, la recherche de signes cliniques d'anémie doit être particulièrement attentive. L'hémorragie des suites de couches concerne environ 1% des accouchées, elle peut survenir du deuxième au trentième jour suivant la naissance. Ses causes principales (infection, rétention placentaire, inertie utérine) doivent être recherchées et éliminées ou soignées avant de proposer une sortie précoce. Avant la sortie de maternité, les femmes doivent être informées du risque hémorragique et des symptômes à surveiller.

La douleur doit être contrôlée. Si elle est traitée, elle n'est pas un obstacle à la sortie précoce si le traitement antalgique peut être poursuivi à domicile.

Il faut veiller à la bonne mise en place du lien mère enfant. Puisqu'il est difficile à observer et à objectiver, il est important d'être attentif à d'éventuels signes ou facteurs de risque. Une absence d'investissement dans les soins à l'enfant tout au long du séjour peut par exemple être un signe d'alerte pour le personnel soignant. Un antécédent de dépression du post-partum doit aussi inciter à une plus grande vigilance.

L'état psychique doit en effet être également pris en compte. Il est démontré qu'une plus grande vulnérabilité psychique est fréquente durant le post partum et nécessite une écoute attentive. La dépression ou les antécédents de dépressions graves, notamment puerpérale, contre indique le retour précoce à domicile. Il est également recommandé de rechercher systématiquement durant la grossesse les signes et antécédents psychotiques pouvant présager d'une éventuelle psychose puerpérale, ce qui contre-indiquerait alors une sortie précoce.

A noter que dans certains cas, le séjour en maternité permet de protéger temporairement le couple mère-enfant. Il est donc important de juger les biens faits de la sortie précoce au cas par cas.

1.3.2 Concernant l'enfant :

L'ictère et le risque d'hyperbilirubinémie doit être maîtrisé. Pour une sortie précoce il est préconisé de réaliser une première mesure trans cutanée de la bilirubine à 24 heures de vie et une autre mesure avant la sortie. Les facteurs de risque (contexte de naissance, terme, risque d'hémolyse, poids, groupe sanguin de la mère) doivent également être pris en compte.

Comme pour la mère, le risque infectieux doit être pris en compte chez le nouveau né. Avant tout retour à domicile, l'enfant ne doit pas présenter de signes d'infection ou les examens complémentaires adaptés doivent avoir été réalisés et s'être révélés normaux.

Les cardiopathies doivent être dépistées et écartées. Bien que le suivi échographique facilite le dépistage des malformations cardiaques congénitales, toutes ne peuvent être diagnostiquées avant la naissance. Une modification de la qualité du rythme cardiaque et de la perception des pouls fémoraux intervenant entre l'examen initial et les examens ultérieurs doivent alerter et contre-indiquer une sortie précoce.

Le risque de déshydratation ainsi que l'alimentation du nouveau né doivent être surveillés. Au minimum deux prises alimentaires correctes doivent être observées avant la sortie. Les parents doivent être informés sur le risque et les signes d'une déshydratation, avec des repères simples tels qu'au moins trois mictions par jour.

Les tests de dépistage doivent être réalisés ou prescrits lors de la sortie. La maternité doit s'assurer de la réalisation des prélèvements après la sortie.

D'après ces recommandations, il semble important et nécessaire d'assurer un relais de qualité à domicile afin d'assurer une surveillance optimale du couple mère-enfant.

2. LE RELAIS A DOMICILE :

2.1 Les différentes possibilités de relais :

Actuellement, lors d'une sortie précoce de maternité, différents relais sont possibles afin d'optimiser le suivi de la mère et de son nouveau-né. En effet, selon les structures hospitalières, les relais sont différents. Lors de son retour à domicile, la mère et son nouveau-né peuvent ainsi être suivis par une sage-femme libérale ou par une sage-femme d'une structure d'hospitalisation à domicile et plus récemment, ce suivi peut être organisé par le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO).

Il y a tout d'abord le relais par une sage-femme libérale. Près de 3.000 sages-femmes ont choisi ce type d'exercice en France, ce qui représente environ 15,8% des sages-femmes en 2008 (9). Parmi toutes les missions qui leurs sont dévolues, la surveillance des suites de couches à domicile est en plein essor. En effet, les sorties précoces de maternité étant de plus en plus fréquentes, la demande augmente en parallèle. La sage-femme étant compétente dans le suivi de la femme ainsi que dans le suivi du nouveau-né jusqu'à la visite post natale, elle est donc un professionnel de choix dans le suivi à domicile suite à une sortie de maternité. (A noter que cette compétence est limitée en ce qui concerne le nouveau-né par un droit de prescription n'allant que jusqu'à 28 jours.) Le suivi à domicile par les sages-femmes libérales s'étend du premier jusqu'au septième jour après l'accouchement. Aucune prescription médicale n'est nécessaire pour ce suivi. La sage-femme exerce sous sa propre responsabilité et pratique ou prescrit les actes nécessaires au diagnostic d'éventuelles pathologies ainsi que les actes nécessaires à la surveillance post-natale de la mère et de son enfant. Elle peut également réaliser l'examen de surveillance post-natal de la mère et prescrire la contraception et plus spécifiquement celle du post-partum. Cette professionnelle médicale peut donc assurer de manière globale le suivi de la mère et du nouveau-né dans le post-partum et dans la limite de l'eutocie. En effet, dès que ce suivi sort du cadre physiologique, la sage-femme se doit de passer le relais à un médecin. (10)

La deuxième solution pour le suivi à domicile lors d'une sortie précoce est assurée par les structures d'hospitalisation à domicile (HAD). Ces structures ont été créées afin de pouvoir prodiguer des soins à domicile lors d'une pathologie. En effet, l'article L.6125-2 du code de la santé publique spécifie que l' HAD permet d'assurer « des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » Cependant, ces structures servent également de relais dans certaines maternités lors d'une sortie précoce même en l'absence de toute pathologie. Ces structures de soins à domicile ont été créées en 1957 par l'assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Dans le cadre d'une sortie précoce de maternité, une sage-femme de cette structure vient à domicile réaliser les soins à la mère et à son nouveau-né. Elle prescrit également les examens et prodigue les soins nécessaires à la mère et à l'enfant. Les maternités font appel à ce type de relais lorsque le réseau de sages-femmes libérales n'est pas suffisamment développé pour permettre un suivi optimal lors de la sortie précoce de maternité. Elle peut également être sollicitée en cas de sortie précoce malgré une pathologie décelée. Dans ce cas, une structure d'hospitalisation à domicile est rattachée à l'hôpital. Les sages-femmes de ces structures n'ont donc pas de consultation externe ce qui permet une plus grande disponibilité. Les transmissions sont également facilitées puisque les sages-femmes hospitalières n'ont à faire qu'à un seul interlocuteur qu'elles connaissent.

Pour finir, une nouvelle organisation est actuellement à l'essai dans certaines régions françaises. Il s'agit du PRADO. Ce programme a été mis en place par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2010. Le principe de retour précoce à domicile reste le même ainsi que les conditions pour y accéder. Le suivi à domicile est toujours assuré par une sage-femme libérale mais le lien entre la patiente et la sage-femme est réalisé par un agent de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). A terme, le but du PRADO est de mettre la femme, dès le début de sa grossesse, en contact avec une sage-femme. En effet, dès sa déclaration de grossesse, une liste de sages-femmes libérales sera remise à la femme. Grâce à cette liste, elle pourra, si elle le souhaite, prendre contact avec une sage-femme libérale tôt dans sa grossesse pour son suivi obstétrical et/ou pour des séances de préparation à la naissance. Cette même sage-femme pourra alors prendre en charge sa patiente lors de la sortie de la maternité. (11) Cela permet une continuité des soins ainsi qu'une connaissance de la

patiente par la sage-femme. Lors de la sortie précoce, l'agent de la CPAM s'assurera que toutes les conditions sont requises et validera en coordination avec l'équipe médicale la sortie de la mère et de son nouveau-né. À noter que ce programme ne concerne pas uniquement le retour précoce à domicile, ce relais peut également être fait lors d'une sortie dite classique de maternité. Dans ce cadre, la sage-femme libérale peut assurer le suivi de l'enfant jusqu'à 12 jours après la naissance. Une visite à domicile est alors programmée le lendemain de la sortie précoce de maternité et une seconde visite 24 à 48 heures après. A ce jour, huit départements proposent ce programme : les Yvelines, le Maine-et-Loire, les Alpes-Maritimes, le Gard, le Rhône, le Var, l'Isère et le Bas-Rhin et plus récemment, la Moselle. (12)

Quelque soit la structure qui assure le suivi à domicile d'une patiente étant sortie précocement de la maternité, la sage-femme reste donc le professionnel médical principal pour assurer les soins à la patiente et à son enfant. En effet, elle possède toutes les compétences nécessaires pour assurer ce suivi.

2.2 Les compétences sage-femme : (13,14)

Pour mieux répondre à un besoin croissant de la société, les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir ces dernières années. Il était donc nécessaire de créer un document regroupant toutes ces compétences. Il s'agit du référentiel métier et compétences des sages-femmes. Ces compétences sont définies par le code de la santé publique.

Selon l'article L.4151-1, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. » La sage-femme est donc compétente dans le suivi post natal de la mère et de son nouveau-né.

Ces compétences sont toutefois centrées sur la physiologie. En effet, comme le précise l'article L.4151-3, « en cas de pathologie maternelle (...) ou néonatale pendant (...) les suites de couches, (...) la sage-femme doit faire appel à un médecin ». La sage-femme peut cependant, selon ce même article exercer des soins prescrits par un médecin en cas de pathologie.

Dans les suites de couches, la sage-femme est habilitée à suivre la mère et l'enfant jusqu'à la visite post-natale. Elle pratique l'examen quotidien de l'enfant ainsi que celui de sa mère à la recherche d'éventuelles pathologies. Elle veille à la mise en place du lien mère-enfant en guidant la mère dans les différents soins à son nouveau-né. Elle aide également la mère dans la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel). Pour finir elle a pour rôle de repérer les contextes de vulnérabilité et les situations pathologiques nécessitant l'appel du médecin puisqu'elle n'est plus compétente en cas de pathologie.

La sage-femme peut également pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement et les suites de couches ont été physiologiques. Cet examen doit être pratiqué dans les huit semaines après l'accouchement. Il permet d'effectuer un examen clinique général,

de s'assurer que les suites de couches ont été physiologiques en surveillant les lochies, l'apparition éventuelle de fièvre, les cicatrices périnéales ou de césarienne ainsi que les seins. Elle vérifie lors de cet examen le retour à l'état normal de non grossesse des voies génitales et réalise des actes de dépistage. Cet examen permet de surveiller ou de vérifier la disparition des maladies apparues pendant la grossesse. C'est à ce moment que débutent les séances de rééducation périnatales pour lesquelles la sage-femme est compétente. Cette consultation est pour finir l'occasion d'informer et d'éventuellement prescrire la contraception. (15)

En effet, la sage-femme peut prescrire la contraception et réaliser sa surveillance. Depuis 2009, l'article L.4151-1, spécifie que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

La sage-femme est donc un professionnel de choix dans le suivi post-natal tant de la mère que de son nouveau-né. En effet, elle est non seulement compétente dans le suivi post-natal mais permet également un suivi complet de la femme puisqu'elle intervient en pré, per et post-natal mais également lors des consultations de suivi gynécologique. Cela permet un suivi global de la patiente et évite donc la multiplicité des professionnels intervenants auprès des patientes.

En effet, de plus en plus de femmes multiplient les interlocuteurs lors de leur grossesse et lors du suivi post-natal. Dans le souci d'un suivi optimal il est donc nécessaire que tous ces professionnels se coordonnent et se transmettent de façon exhaustive les informations concernant la mère et son nouveau-né.

3. DES TRANSMISSIONS OPTIMALES ET ADAPTEES :

3.1 Les transmissions :

Les transmissions sont une relation dynamique entre les professionnels de santé. Elles peuvent prendre deux formes différentes en fonction du contexte ou du but recherché : orales ou écrites. Selon le cadre législatif, ces transmissions doivent être datées et signées afin de pouvoir retrouver la chronologie des événements lorsque cela est nécessaire et afin d'identifier la personne ayant réalisé l'acte. En effet, les transmissions ont une valeur juridique, ces informations doivent donc être complètes, lisibles et réalisées avec le plus grand soin.

Les transmissions médicales ont différents buts. Tout d'abord elles assurent la continuité et donc la qualité des soins donnés aux patients. Elles font le bilan de ce qui a été fait et de ce qui reste à faire et servent également à établir une traçabilité des soins. « Chaque professionnel délivre l'information dans le cadre de sa spécialité, de ses compétences et assure la responsabilité des informations qu'il donne » (ANAES)

Lors des sorties précoces, différents éléments semblent fondamentaux à transmettre au professionnel de santé qui prendra la patiente en charge. Il est en effet important que la sage-femme libérale, qui est le principal relais, ait des informations concernant les renseignements généraux sur la mère et l'enfant (âge, situation maritale, parité, groupe sanguin ...) les conditions d'accouchement, les suites de couches et leur déroulement, les résultats des bilans biologiques ayant été réalisés en service ainsi que l'état psychologique de la mère et la relation mère-enfant. Toutes ces informations permettront un suivi complet et continu. En effet, selon la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le professionnel de santé est tenu d'échanger des informations relatives à un même patient, sauf opposition de sa part, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge de la personne par une équipe de soins. Cela permettra à la nouvelle mère de se sentir plus en confiance avec un professionnel de santé qui semble déjà la connaître et avoir les renseignements nécessaires plutôt que de procéder à une anamnèse complète.

Ces transmissions ne doivent évidemment pas empêcher la sage-femme libérale de vérifier la véracité des informations avec la patiente ainsi que de compléter l'anamnèse si cela s'avère nécessaire.

Mais peut-on tout transmettre ? A cette notion de transmission peut s'opposer celle du secret médical qui régit toutes les professions de santé. Il semble donc important, lorsque l'on parle de transmission d'informations, de s'intéresser également au secret professionnel.

3.2 Le secret professionnel :

« Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret. » Professeur Louis PORTES, Président du Conseil National de l'Ordre des médecins à l'académie des sciences morales et politiques le 5 juin 1950.

D'après la loi du 4 mars 2002, « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. » (Art. L.1110-4 du code de santé publique.)

Ce secret professionnel s'impose à tous les personnels de santé et entre dans le code de déontologie des Sages-femmes à l'article R.4127-303 : « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. La sage-femme doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. La sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers médicaux et de tout autre document qu'elle peut détenir concernant ses patientes. Lorsqu'elle se sert de ses observations médicales pour des publications scientifiques, elle doit faire en sorte que l'identification des patientes ne soit pas possible. »

(Décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006 art. 1 Journal Officiel du 18 octobre 2006)

Il y a cependant des dérogations à ce secret médical tels que les témoignages en justice, la déclaration des maladies infectieuses professionnelles, les infections nosocomiales ... Il existe même des dérogations légales nominatives, c'est le cas des déclarations de naissance et de décès par exemple.

D'après l'article 226-13 du code pénal, « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par son état ou sa profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. »

Les transmissions sont donc importantes et réglementées. Elles permettent un suivi optimal du couple mère-enfant et une meilleure continuité des soins. Il paraît donc intéressant de se rendre compte de la façon dont sont réalisées ces transmissions lors des sorties précoces. En effet, la naissance et les suites de couches immédiates sont un moment de bouleversement dans la vie d'une femme qu'il est important d'accompagner de façon optimale. Comment sont réalisées ces transmissions dans les hôpitaux de Moselle ? Sont-elles complètes et adaptées ?

PARTIE 2

Mon étude.

1. PRESENTATION DE L'ETUDE :

1.1 Problématique :

En France, les sorties précoces existent depuis 2004. Ces sorties sont devenues de plus en plus nombreuses avec un relais principal, les sages-femmes libérales. Or pour assurer la continuité des soins dans le post-partum, cette dernière a besoin de toutes les informations médicales et sociales concernant le couple et l'enfant. Cela nécessite donc des transmissions complètes et adaptées. Nous pouvons donc nous demander si les transmissions réalisées lors de ces sorties précoces ou anticipées sont optimales afin d'assurer le meilleur suivi possible pour la mère et l'enfant ? Les sages-femmes hospitalières qui ont des missions de plus en plus importantes ont-elles suffisamment de temps pour assurer des transmissions complètes à leurs collègues libérales ? Les sages-femmes libérales sont-elles satisfaites de ces transmissions ?

1.2 Objectifs :

Mon premier objectif est d'établir un état des lieux sur les établissements proposant des sorties précoces en Moselle et la date de cette sortie.

Dans un second temps, mon objectif est d'identifier si les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières disposent d'assez de temps pour assurer, et recevoir, de manière complète ces transmissions.

Et enfin, de mettre en avant les informations transmises, ou non, lors des transmissions.

1.3 Hypothèses :

A l'issue de l'étude de mes questionnaires, il s'agit de valider ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

- ▣ Les sages-femmes hospitalières ne disposent pas d'assez de temps pour assurer des transmissions optimales.
- ▣ Les critères de la haute autorité de santé pour autoriser une sortie précoce ne sont pas toujours respectés.
- ▣ Il y a une perte d'information lors des transmissions qui compromet au suivi complet et adapté du couple mère-enfant.
- ▣ Les informations transmises ne sont pas toujours en rapport avec la clinique observée par les sages-femmes libérales.

1.4 Modalité de mon étude :

Pour plus d'objectivité, il m'a semblé important d'interroger les personnes qui réalisent les transmissions et celles qui les reçoivent. C'est pourquoi j'ai réalisé deux enquêtes en parallèle. Une destinée aux sages-femmes hospitalières (annexe I) et l'autre destinée aux sages-femmes libérales (annexe II). J'ai donc distribué mes questionnaires auprès de toutes les sages-femmes travaillant en suites de couche dans les hôpitaux de Moselle, ainsi qu'aux cinquante-six sages-femmes libérales de ce département.

Mon enquête auprès des sages-femmes hospitalières s'est donc déroulée au centre hospitalier régional de Metz-Thionville qui est une maternité niveau 2b et qui réalise 5.000 accouchements par an, à la clinique Claude Bernard, hôpital privé à but lucratif de niveau 2b et réalisant 2.400 accouchements par an, au centre hospitalier Marie Madeleine de Forbach, de niveau 2b et réalisant 892 accouchements par an, à la maternité du centre hospitalier de Saint Avold, de niveau 1 et réalisant 657 accouchements par an, à la maternité Saint Nicolas de Sarrebourg, de niveau 1 et réalisant 500 accouchements par an et pour finir, au centre hospitalier Robert Pax de Sarreguemines, de niveau 1 et réalisant 886 accouchements par an.

2. PRESENTATION DES RESULTATS DE MON ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES HOSPITALIERES :

Parmi les sept établissements de Moselle, seuls quatre réalisent des sorties précoces (ou anticipées) : les maternités de Forbach, Thionville ainsi que les deux maternités de Metz. Il s'agit donc uniquement d'établissements de niveau 2b. Nous ne prendrons en compte que ces quatre établissements pour la suite de l'enquête. Nous les nommerons, indépendamment de l'ordre ci-dessus, maternité A, maternité B, maternité C et maternité D.

Dans la maternité A, sur 16 sages-femmes travaillant en suites de couches, 10 m'ont répondu.

Dans la maternité B, 7 sages-femmes sur 9 travaillant en services de suites de couches ont répondu à mon questionnaire.

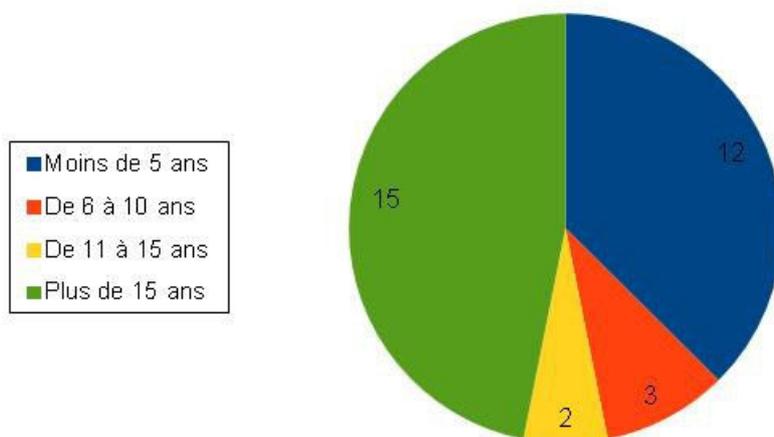
Dans la maternité C, elles ont été 4 à répondre à l'enquête sur 10 travaillant en service de maternité.

Et pour finir, elles ont été 11 sur 21 à répondre au questionnaire dans la maternité D.

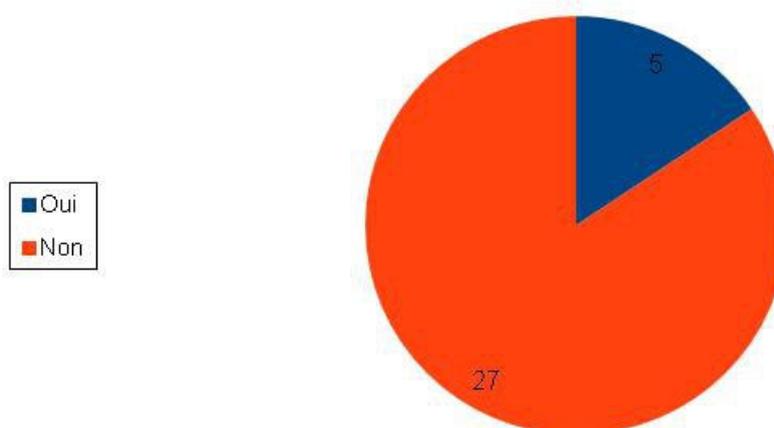
Sur 32 réponses au total, 30 étaient des femmes et 2 étaient des hommes.

2.1 Renseignements généraux :

2.1.1 Ancienneté dans la profession de sage-femme :

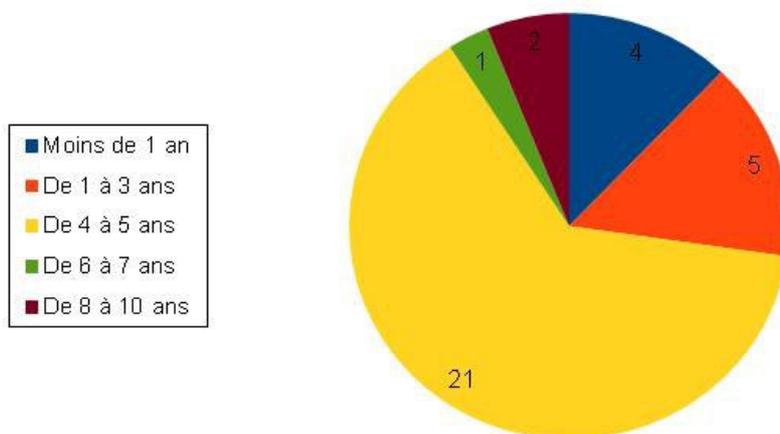


2.1.2 Exercice antérieur en secteur libéral :



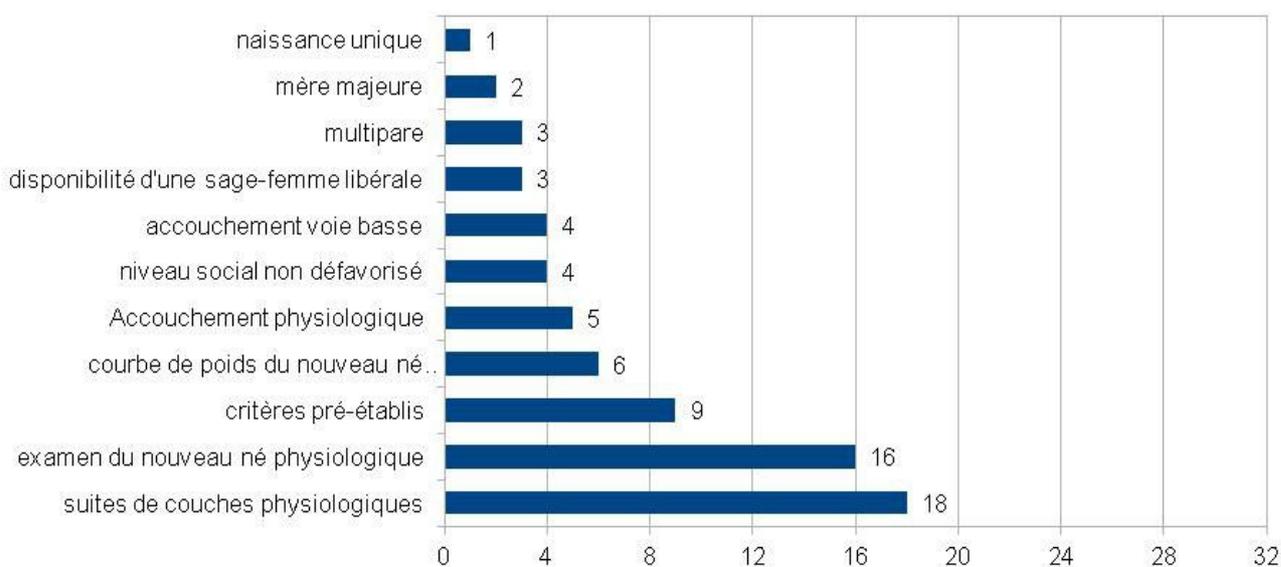
2.2 Les sorties précoces :

2.2.1 Mise en place des sorties précoces dans l'établissement :



Lors de mon enquête, pour un même établissement, il y avait eu des réponses très divergentes à cette question.

2.2.2 Modes de recrutements principaux pour autoriser une sortie précoce :

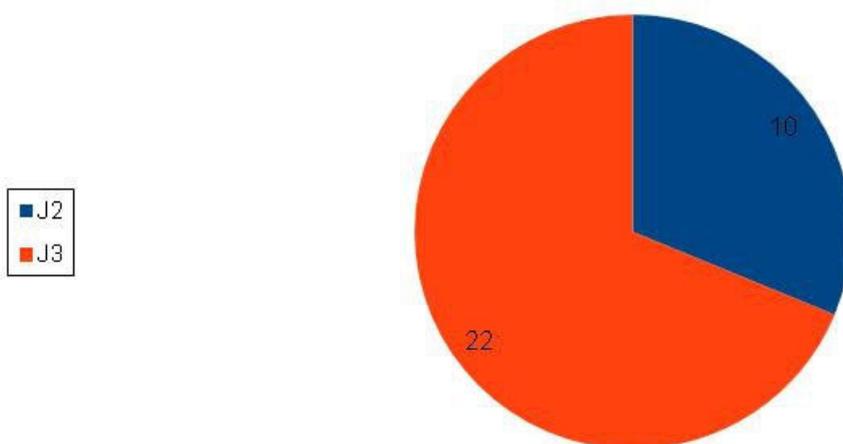


Les critères pré-établis concernent l'établissement A et sont joints en annexe (annexe III et IV). Des critères existent également pour les maternités B et D (annexe V et VI) mais n'ont pas été mentionnés lors des questionnaires.

2.2.3 Exceptions pouvant être faites pour autoriser tout de même une sortie précoce :

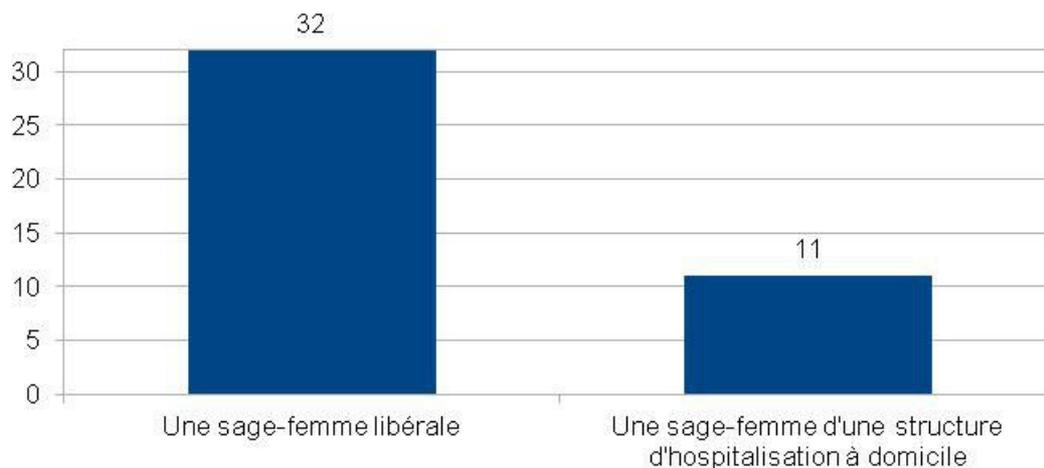


2.2.4 Date de cette sortie précoce :



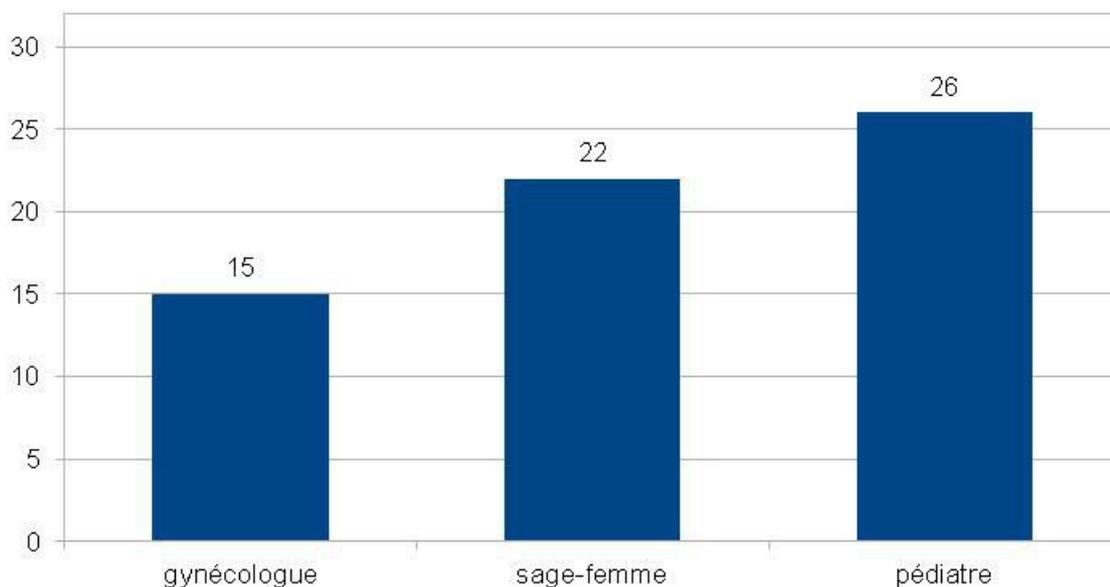
Seule la maternité A effectuait des sorties précoces à J2. Pour ce questionnaire sont donc incluses dans le terme sortie précoce les sorties anticipées.

2.2.5 Professionnel de santé assurant le relais à domicile :



Dans la maternité D, lorsque la sage-femme libérale n'était pas disponible ou lorsque la sortie précoce était acceptée malgré une pathologie, la sage-femme de la structure d'hospitalisation à domicile pouvait assurer le relais à domicile.

2.2.6 Personne qui valide la sortie :



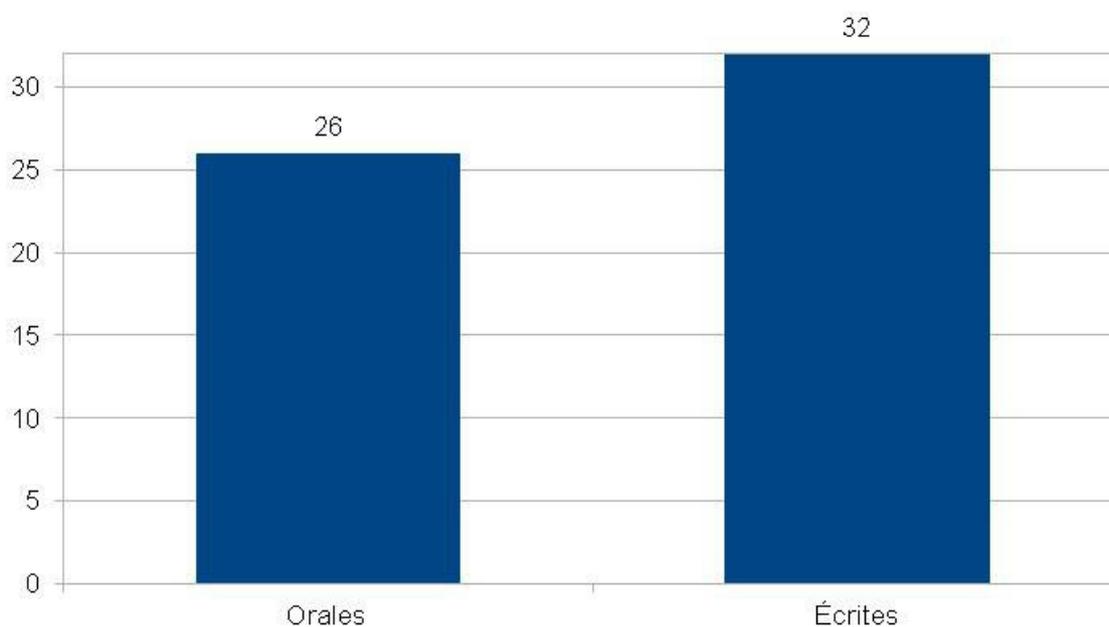
Dans la majorité des cas (12 sur 32) la sortie était validée par le pédiatre et la sage-femme. Dans 9 cas sur 32 cette sortie était validée par le pédiatre et le gynécologue, dans 5 cas sur 32 la décision était prise par l'ensemble de ces trois professionnels. A noter que dans 5 cas sur 32, la décision était prise par la sage-femme seule. Cette décision était ensuite dans tous les cas confirmée le jour de la sortie.

2.3 Les transmissions lors des sorties précoces :

2.3.1 Fréquence des transmissions lors des sorties précoces :

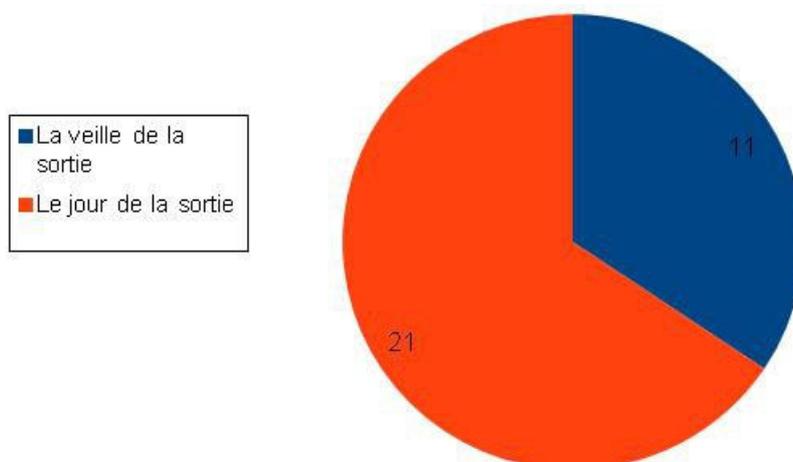
Au moment de mon enquête, 29 sages femmes sur 32 réalisaient toujours des transmissions lors des sorties précoces. Les 3 autres sages-femmes n'en réalisaient que parfois.

2.3.2 Type de transmissions :



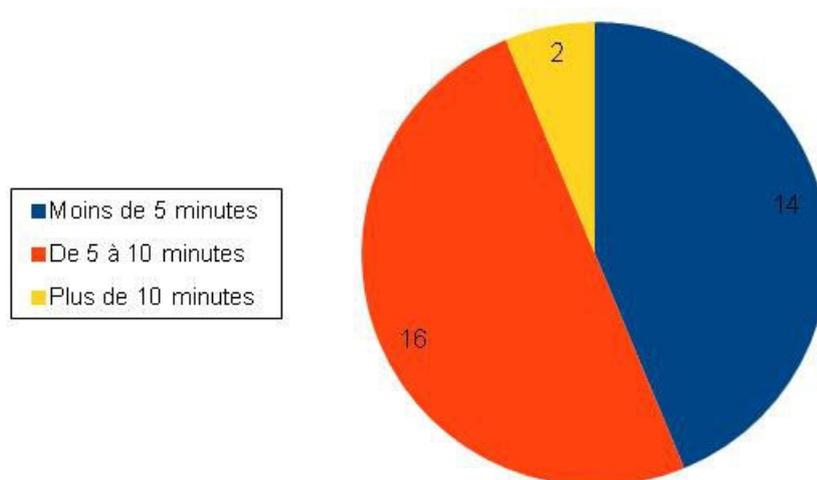
Dans tous les cas, les transmissions étaient réalisées par écrit. Dans 26 cas sur 32 s'y ajoutaient les transmissions orales par contact téléphonique avec la sage-femme libérale (seule la maternité C effectuait uniquement des transmissions écrites). C'était toujours la sage-femme de garde à la maternité qui effectuait ces transmissions.

2.3.3 Moment des transmissions :



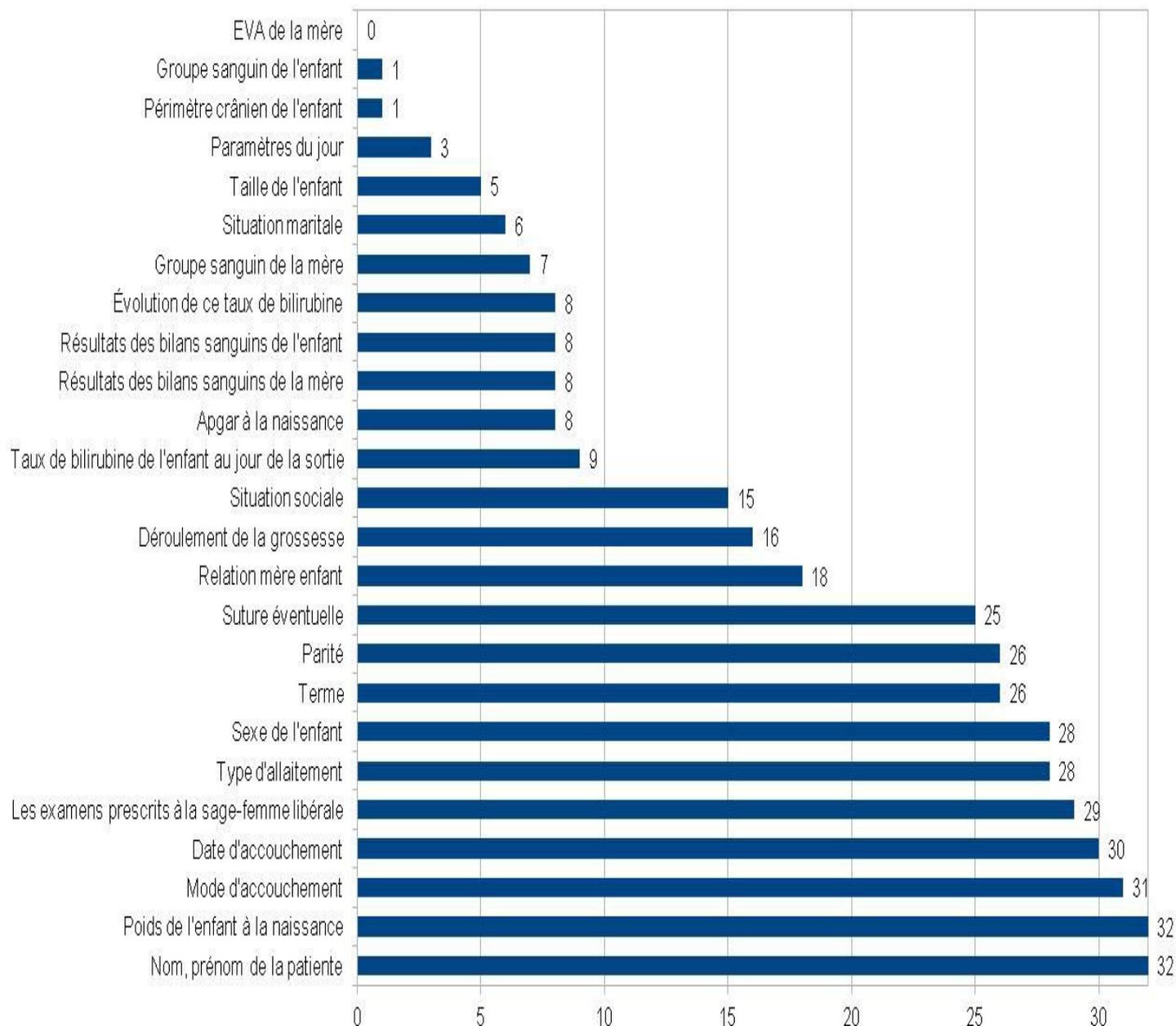
Aucune plage horaire n'était réservée pour les transmissions, elles se faisaient à n'importe quel moment de la journée.

2.3.4 Durée des transmissions :



Toutes les sages-femmes étaient conscientes de l'importance de ces transmissions pour une meilleure prise en charge. Il existait un document standardisé dans tous les établissements pour faciliter ces transmissions. Il m'a été transmis pour les maternités B et D (Annexe VII et VIII). Seules 13 sages femmes sur 32 considéraient ce document efficace.

2.3.5 Informations transmises lors des transmissions



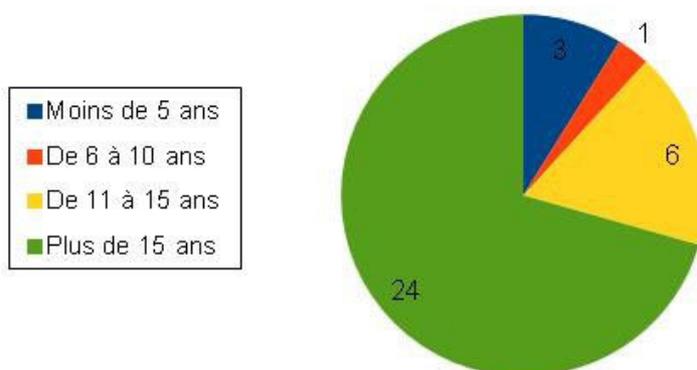
A noter que lors de mon étude, dans seulement 10 cas sur 32 la sage-femme libérale ne rappelait jamais pour des informations complémentaires.

3. PRESENTATION DES RESULTATS DE MON ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES LIBERALES :

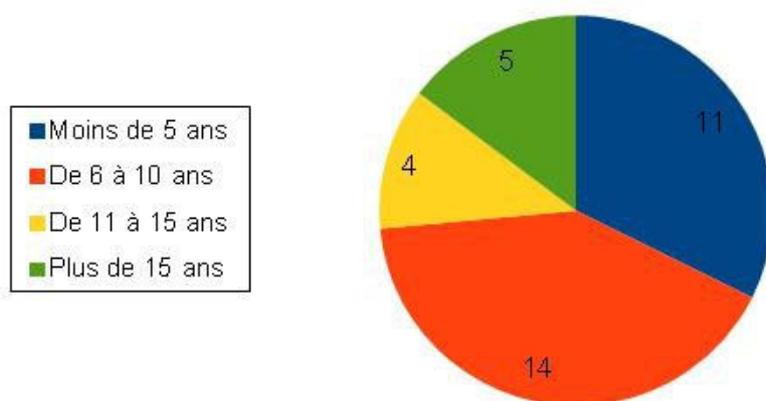
Parmi les cinquante-six questionnaires anonymes distribués auprès de l'ensemble des sages-femmes libérales de Moselle, 37 m'ont renvoyé un questionnaire complété. Parmi ces 37 sages-femmes, 2 ne prenaient pas en charge de patientes sortant précocement de la maternité et une troisième réalisait du suivi global, nous ne pouvons donc pas les inclure dans l'enquête. Après appel téléphonique, 5 des 19 sages-femmes libérales restantes ne prenaient pas en charge de femmes sortant précocement de la maternité, 4 ne souhaitaient pas répondre au questionnaire et 2 été restées injoignables. Trois questionnaires ont été reçus après l'exploitation des données. Mon enquête est donc réalisée auprès de 34 sages-femmes libérales mosellanes sur 56 soit un peu plus de la moitié.

3.1 Renseignements généraux :

3.1.1 Ancienneté dans la profession de sage-femme :

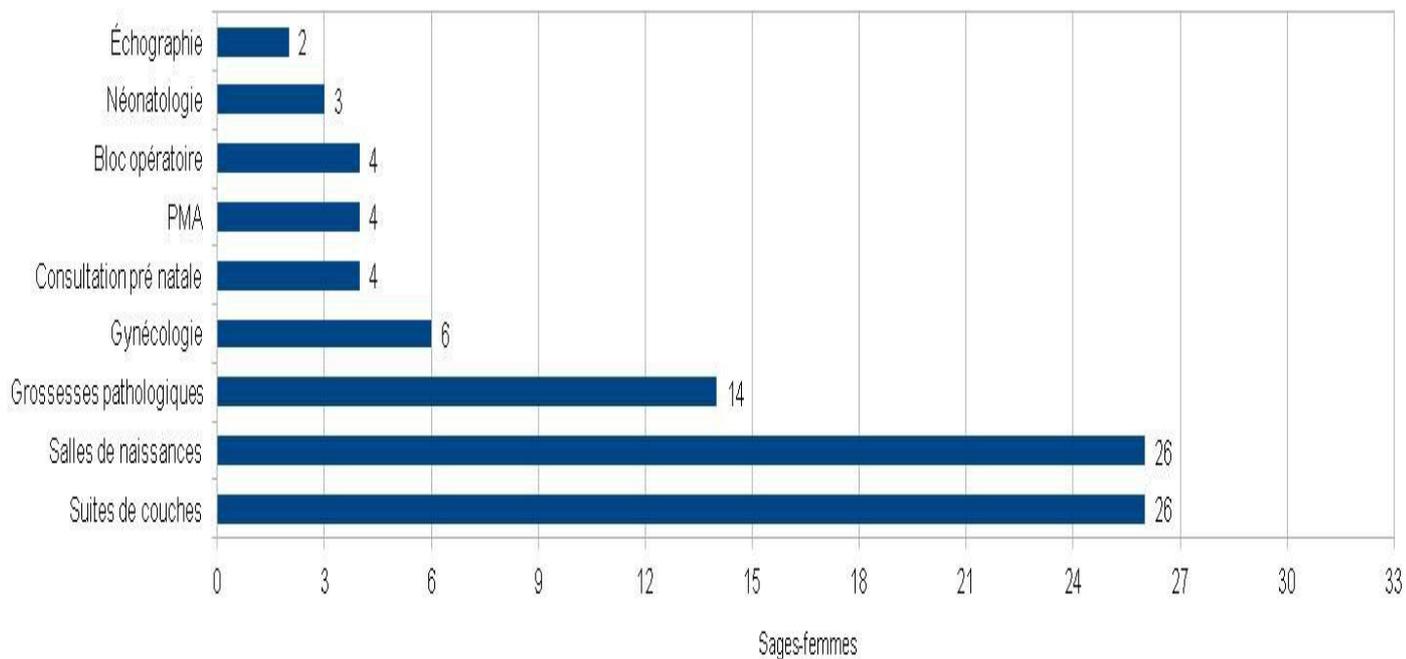


3.1.2 Durée de l'exercice en libérale :



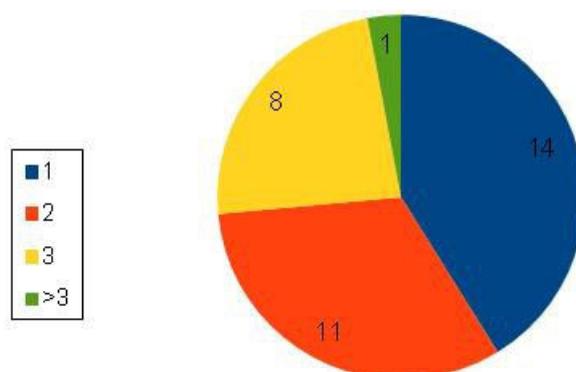
3.1.3 Travail antérieur en secteur hospitalier :

Sur les 34 sages-femmes interrogées, 33 avaient eu une activité hospitalière antérieure. Toutes avaient eu une activité en salles de naissances et en suites de couches et certaines avaient également exercé dans d'autres services, répartis ci-dessous :



3.2 Renseignements sur le cabinet :

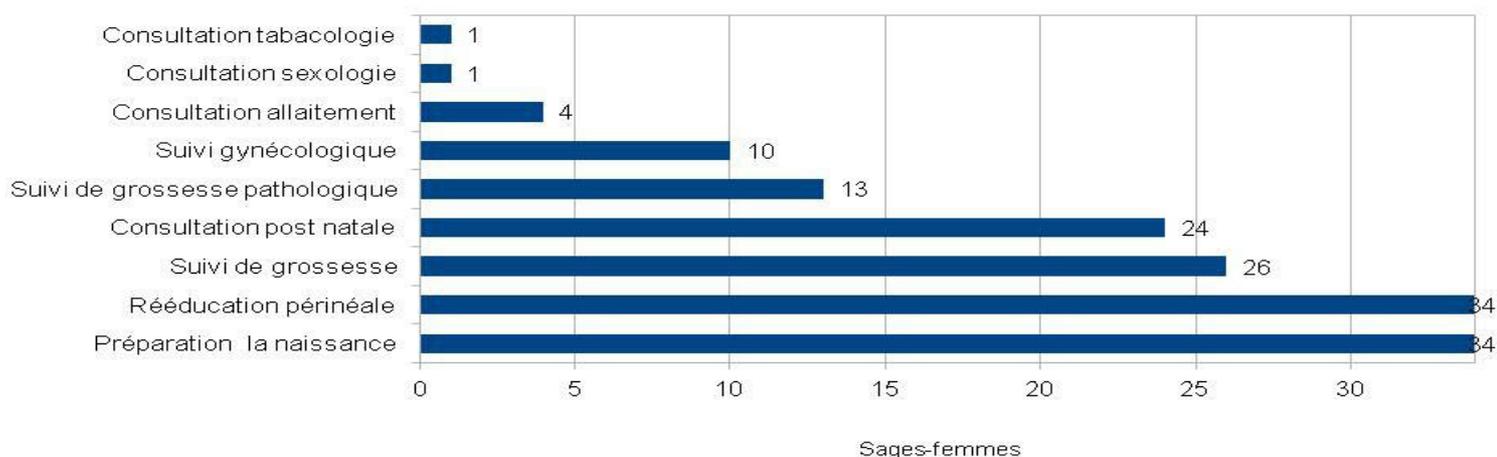
3.2.1 Nombre de personnes travaillant dans le cabinet :



3.2.2 Présence d'une secrétaire :

Sur les 34 cabinets, seuls 3 employaient une secrétaire qui accueillait les patientes, prenait les rendez-vous, s'occupait du courrier et répondait au téléphone.

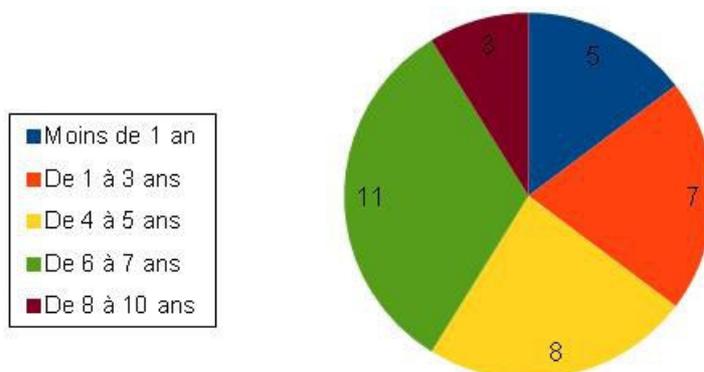
3.2.3 Différentes prises en charge en dehors des sorties précoces :



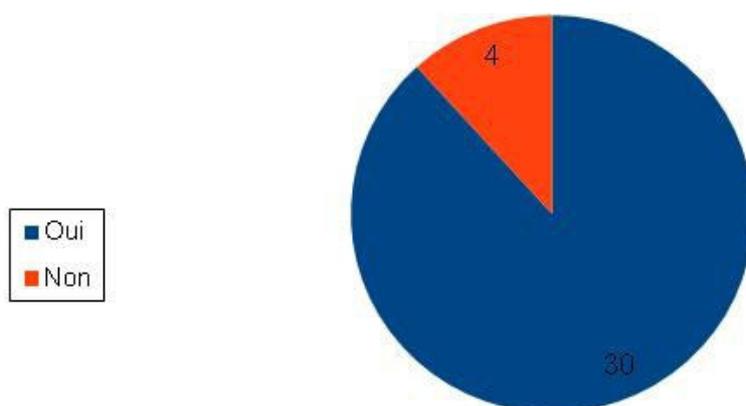
Toutes les sages-femmes faisaient de la préparation à la naissance et de la rééducation périnéale, certaines y associaient d'autres prises en charges, principalement du suivi de grossesse (26/34) et de la consultation post natale (24/34)

3.3 Les sorties précoces :

3.3.1 Depuis combien de temps prenez-vous en charge des patientes sortant précocement de la maternité ?

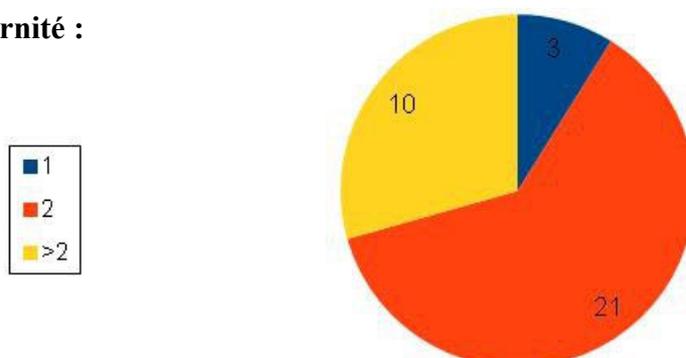


3.3.2 Convention avec la maternité pour ce type de prise en charge :

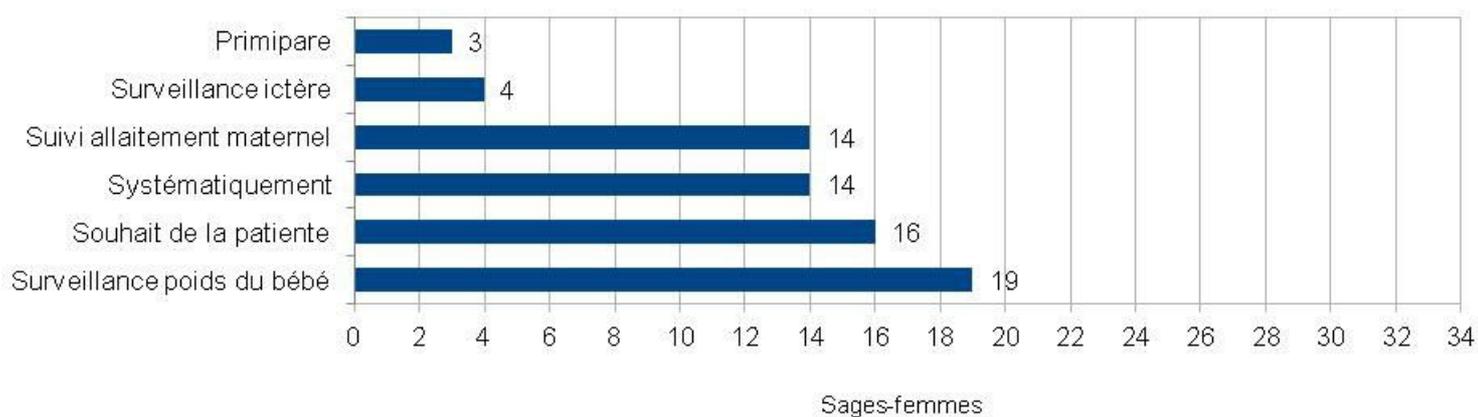


Pour les cabinets ayant une convention avec la maternité, il existait sur Metz des tours de garde entre les différents cabinets pour la prise en charge des femmes sortant précocement de la maternité.

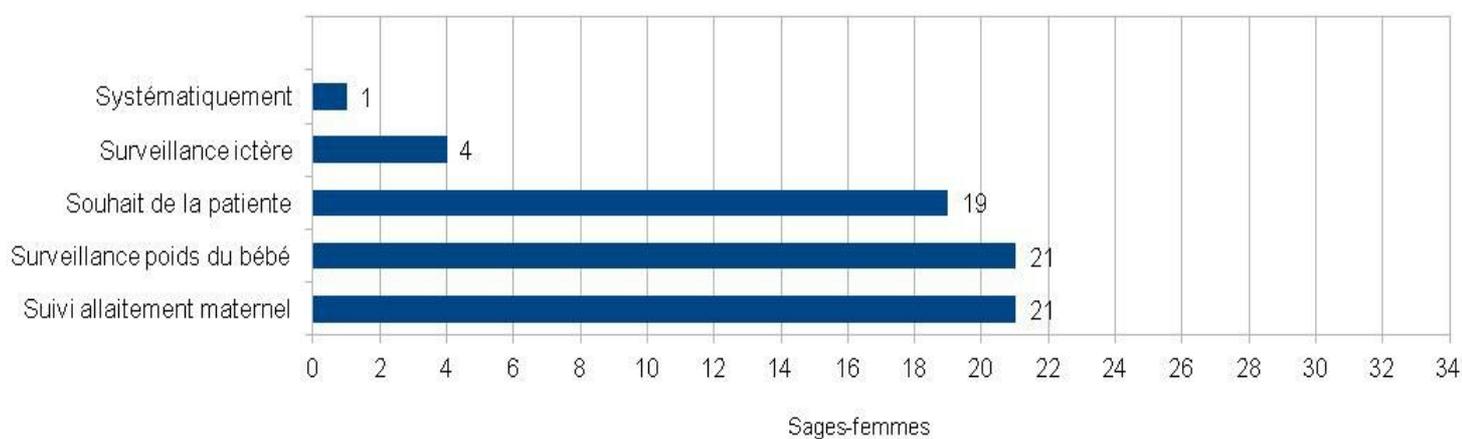
3.3.3 Nombre de visite à domicile pour chaque patiente sortant précocement de la maternité :



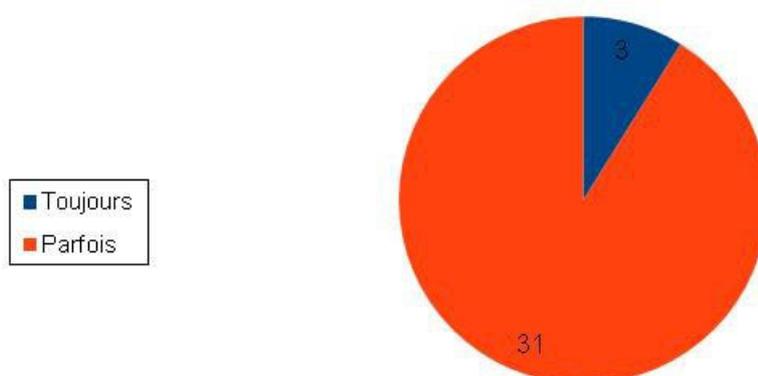
3.3.4 Critères pour proposer une deuxième visite :



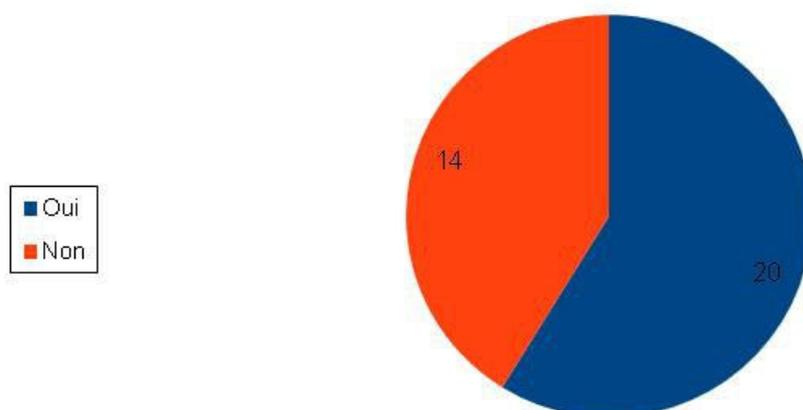
3.3.5 Critères pour proposer une troisième visite :



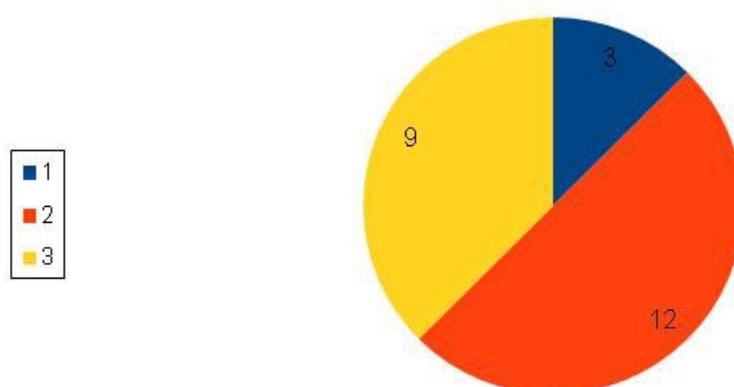
3.3.6 Connaissance de la patiente prise en charge lors de la sortie précoce :



3.3.7 Plage horaire réservée pour les sorties précoces :



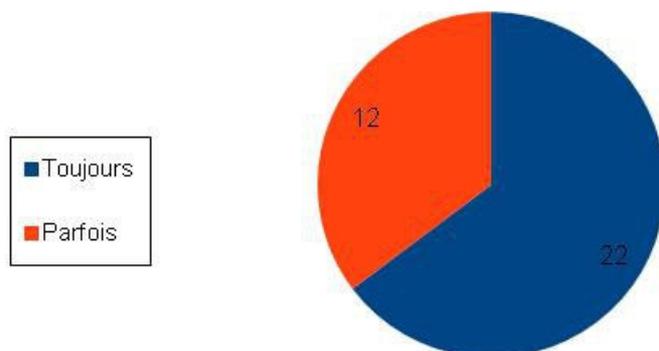
3.3.8 Que représente cette plage horaire en demi-journée par semaine :



Une majorité de sages-femmes libérales réservait 2 demi-journées à la prise en charge de femmes sortant précocement de la maternité.

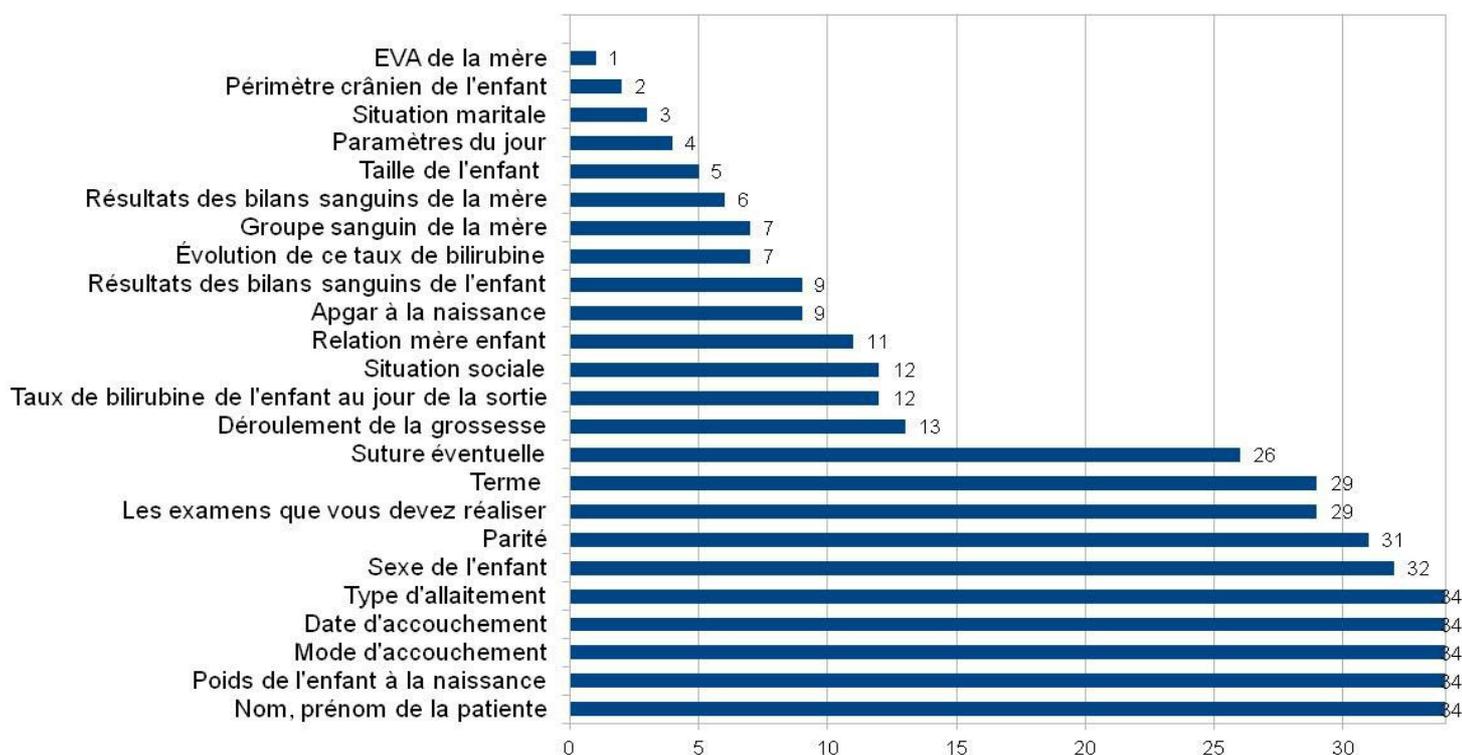
3.4 Les transmissions lors des sorties précoces :

3.4.1 Disponibilité pour recevoir les transmissions :

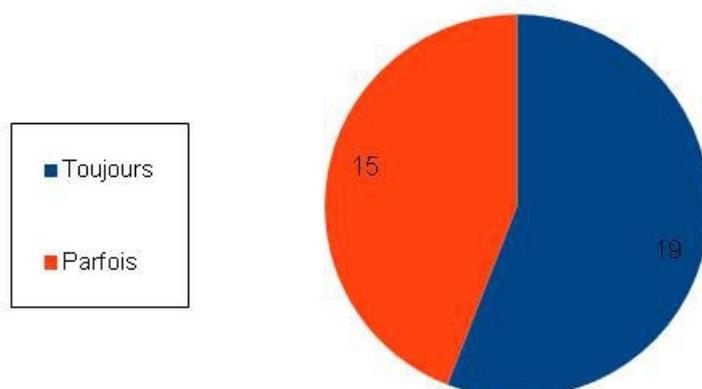


Lors de mon enquête, une majorité de sages-femmes se disait toujours disponible pour recevoir les transmissions. Elles étaient pour la plupart joignables par téléphone portable. Les autres soulignaient qu'elles étaient parfois occupées au moment des transmissions ce qui ne les rendait pas pleinement disponibles.

3.4.2 Informations reçues lors des transmissions :

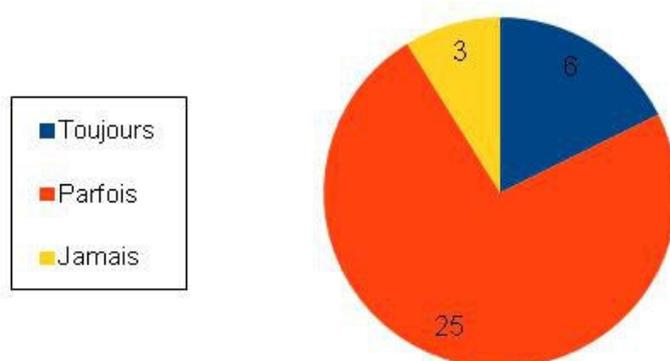


3.4.3 Concordance entre les transmissions et la clinique :



De nombreuses sages-femmes mettaient en avant la minimisation des problèmes par les équipes hospitalières afin de permettre la sortie précoce.

3.4.4 Les informations sont-elles complètes ?

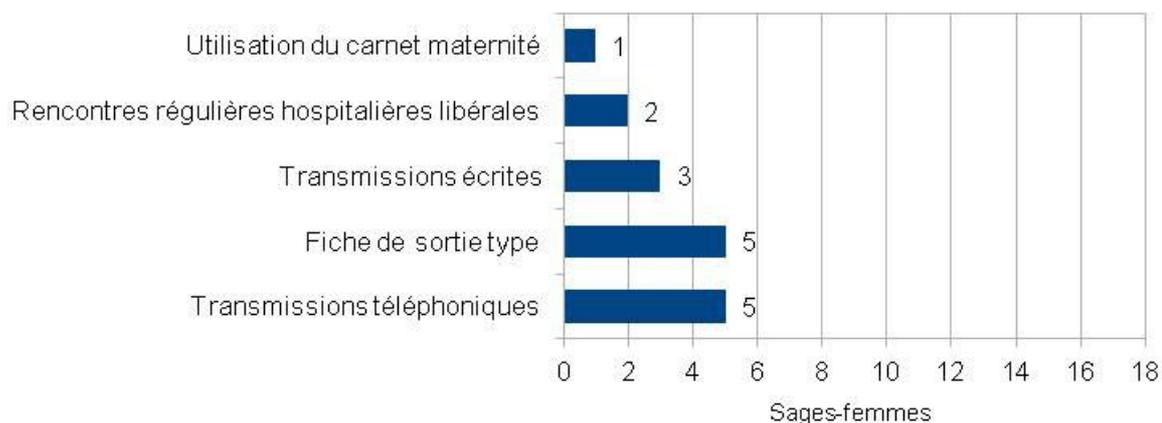


Dans seulement 6 cas sur 34, les sages-femmes libérales considéraient qu'elles recevaient des informations toujours complètes.

3.4.5 Informations manquantes lors des transmissions :



3.4.6 Suggestions des sages-femmes libérales pour améliorer les transmissions :



Sur 18 sages-femmes libérales qui avaient donné des suggestions pour améliorer ces transmissions, la plus grande partie suggérait la mise en place d'une fiche de sortie type et la mise en place de transmissions téléphoniques (5/18).

PARTIE 3

Exploitation des données.

1. EXPLOITATION DE MON TRAVAIL D'ENQUETE :

Mon travail d'enquête, réalisé en décembre 2012 auprès des sages femmes hospitalières et des sages-femmes libérales de Moselle, met en avant un certain nombre de points qu'il me semble intéressant d'approfondir.

1.1 Peu de sorties précoces en Moselle :

D'après les sages-femmes hospitalières interrogées, les sorties précoces (comprenant dans mon questionnaire à la fois les sorties dites anticipées et les sorties précoces) ont été mises en place depuis 4 à 5 ans dans leur établissement (pour 21 des 32 sages-femmes interrogées). Or les sorties précoces existent depuis 9 ans en France. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons de ce décalage entre la création des sorties précoces et leur mise en place dans les différentes maternités de Moselle. De plus, trois des sept maternités du département étudié ne réalisent toujours pas de sorties précoces et ne proposent pas non plus de sorties anticipées. Ce retard de mise en place s'explique par le fait que la Moselle ne faisait pas partie des sept départements pilotes de départ. Les sorties précoces au sens strict du terme sont en effet à ce jour en expérimentation depuis un peu plus d'un an dans notre département.

Seule la maternité A propose de réelles sorties précoces à J+2 du post partum. Dans cette maternité, le PRADO est à l'expérimentation. Le conseiller de la caisse primaire d'assurance maladie vérifie que les critères d'acceptabilité pour la sortie précoce sont remplis. Mais ce n'est pas lui qui assure les transmissions à la personne relais. Cela permet sans doute des transmissions plus complètes et plus adaptées puisqu'elles sont réalisées par un professionnel de santé connaissant la patiente. En effet, il ressort des questionnaires que 14 sages femmes sur 34 s'inquiètent de la mise en place de ce système et d'éventuelles transmissions réalisées par l'employé de la caisse primaire d'assurance maladie. Ce système couperait alors tout contact entre les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes de terrain. Or leur collaboration semble essentielle pour assurer une continuité des soins.

Les critères de la Haute Autorité de Santé pour autoriser les sorties précoces sont donc uniquement respectés dans la maternité A qui est la seule à effectuer ces sorties. Dans les autres maternités, l'éligibilité aux sorties anticipées se fait au cas par cas. Il existe également dans certaines maternités une fiche d'éligibilité aux sorties précoces mais elle est moins restrictive et peu utilisée par les professionnels. Nous voyons grâce aux questionnaires que les critères d'éligibilité sont différents selon les sages-femmes interrogées. Pour certaines (18 sur 32), les suites de couches doivent être physiologiques, pour d'autres (6 sur 32) l'évolution de la courbe de poids du nouveau-né doit être satisfaisante et pour seulement 4 d'entre elles, il doit s'agir d'un accouchement par voie basse. Nous voyons également que les sages-femmes libérales réalisent en majorité deux visites à domicile suite à une sortie précoce (ou anticipée) mais que seules 10 sages-femmes libérales sur 34 en réalisent plus de deux alors que les recommandations en préconisent trois. Elles sont uniquement 3 sur 34 à proposer systématiquement une deuxième visite et une seule propose systématiquement une troisième visite. Leurs critères pour proposer une visite supplémentaire sont également très variés. Pour proposer une deuxième visite, elles sont 19 sur 34 à prendre comme critère le poids du bébé, 16 sur 32 à se fier au souhait de la mère alors que 3 proposent une seconde visite s'il s'agit d'une primipare. En ce qui concerne la troisième visite, 21 sages-femmes sur 32 la proposent pour le suivi de l'allaitement maternel ou du poids du bébé et 19 se fient au souhait de la patiente. Nous voyons donc que l'hypothèse qui consistait à supposer que les critères de la haute autorité de santé pour autoriser une sortie précoce ne sont pas toujours respectés est confirmée. Cela s'explique par le fait que de nombreuses sorties dites précoces sont en réalité des sorties anticipées. De plus, le souhait de la femme est pris en compte à la fois en ce qui concerne la volonté d'une sortie précoce mais également en ce qui concerne le nombre de visite. En effet, de nombreuses sages-femmes libérales prennent en compte le souhait de la patiente pour réaliser ou non une visite supplémentaire et ne se contentent pas de critères cliniques. Nous pouvons supposer qu'il s'agit là d'une volonté de prodiguer des soins adaptés à chaque couple mère/enfant. En effet, lors des visites à domicile en post partum, la sage-femme prend en charge une patiente et un nouveau né dont les suites de couches ont été physiologiques. Nous sommes donc à ce moment plus dans l'observation que dans l'agir. C'est en se fiant à ses observations et à son sens clinique que la sage-femme détermine le nombre de visites nécessaires à une bonne réassurance et à une bonne mise en place de la parentalité.

Il ne faut cependant pas oublier son rôle de dépistage de la pathologie. La sage-femme reste donc le professionnel de choix pour assurer ce suivi à domicile, elle est ici au cœur de ses compétences puisqu'elle prend en charge des suites de couches physiologiques. Ces sorties précoces permettent aux sages-femmes de se faire connaître et reconnaître dans le suivi physiologique d'une femme et de son nouveau né. Nous voyons cependant, que ces sorties demandent une organisation difficile tant du côté des sages femmes hospitalières que des sages-femmes libérales.

1.2 Une organisation difficile des sorties précoces :

Nous voyons tout d'abord que la sortie est autorisée par un certain nombre d'acteurs. Dans la plupart des cas, elle est tout d'abord autorisée par la sage-femme en ce qui concerne la mère et elle est ensuite autorisée par le pédiatre en ce qui concerne l'enfant. Cette sortie est finalement validée le jour même de la sortie selon l'examen du jour. Cela ne permet donc pas aux sages-femmes hospitalières d'anticiper les transmissions concernant les sorties précoces. Elles sont obligées de contacter les sages-femmes libérales le jour de la sortie de maternité afin de leur transmettre les informations nécessaires au bon suivi.

Cette multiplicité des acteurs en secteur hospitalier existe également au niveau de l'équipe médicale. En effet, du fait des gardes de 12 heures, lors de son séjour à la maternité, la patiente peut être prise en charge par des sages-femmes différentes. Le professionnel de santé réalisant les transmissions au moment de la sortie de la femme ne la connaît donc pas forcément. Cela ne facilite pas des transmissions complètes et adaptées puisque la sage-femme retranscrit les transmissions qu'elle a reçues de ses collègues. Or plus les interlocuteurs sont nombreux moins fiable est l'information.

De plus, il ressort des questionnaires qu'aucune plage horaire n'est réservée pour les transmissions aux sages-femmes libérales lors des sorties précoces. Celles-ci peuvent donc être appelées à tout moment de la journée pour recevoir ces transmissions. Cela ne leur permet donc pas de s'organiser pour être pleinement disponibles pour recevoir de façon optimale les transmissions de leurs collègues. La majorité se dit disponible par le biais du téléphone portable ou du répondeur mais pas totalement à l'écoute du fait de leurs activités variées. En effet, la majorité des sages-femmes libérales exercent seules dans leur cabinet (14 sur 34) et ne disposent pas de secrétaire (31 sur 34). De plus, de part leurs activités médicales, elles réalisent des consultations nécessitant d'être auprès de la patiente en continu ce qui ne leur permet pas de pouvoir répondre en permanence au téléphone.

Pour finir, du fait de l'activité intense en maternité, les sages-femmes hospitalières n'ont pas beaucoup de temps à consacrer aux transmissions. Pour une majorité d'entre elles (16 sur 32), elles y consacrent 5 à 10 minutes. Elles sont également nombreuses à y consacrer moins de 5 minutes (16 sur 32), seules 2 sages-femmes sur 32 y consacrent plus de 10 minutes. Or peut-on transmettre des informations complètes concernant la mère et l'enfant en moins de 5 minutes ? Du fait qu'aucune plage horaire n'est réservée pour ces transmissions, les sages-femmes hospitalières ne sont pas pleinement disponibles pour cette tâche. En effet, les sages-femmes hospitalières tout comme les sages-femmes libérales sont obligées de stopper leur activité clinique afin de transmettre ou de recevoir les informations nécessaires au bon suivi du couple mère/enfant. Cela ne permet donc pas une entière disponibilité mentale. Le temps restreint les oblige à être concises dans leurs transmissions or la synthèse des informations ne permet pas des transmissions complètes et favorise la perte d'information.

1.3 Une perte d'information lors des transmissions :

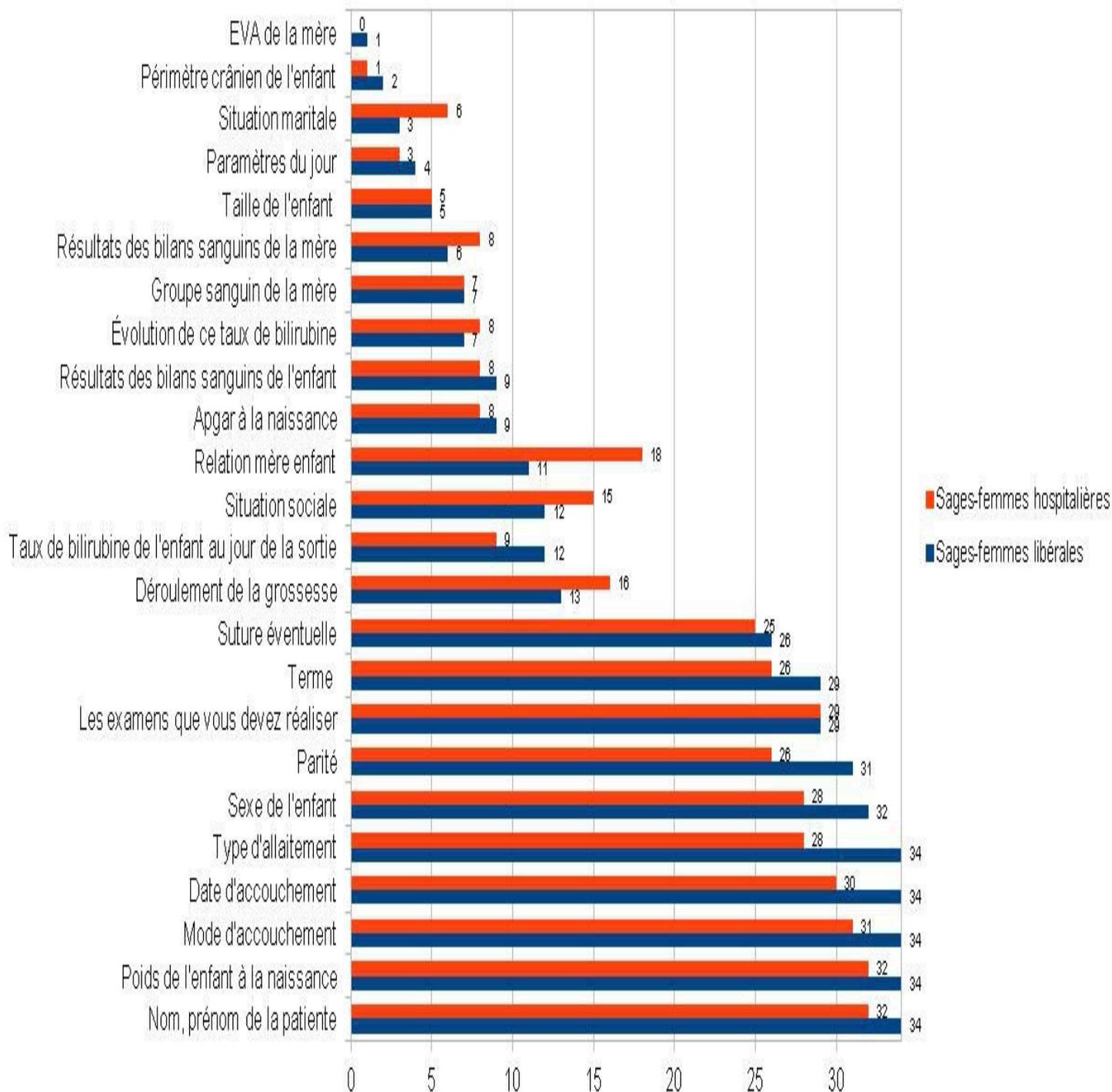
De manière générale, les transmissions sont faites à l'oral par contact téléphonique entre la sage-femme hospitalière et la sage-femme libérale. Hormis pour la maternité C pour qui les transmissions se font uniquement à l'oral, se rajoutent à ces transmissions orales des transmissions écrites par le biais d'une lettre de sortie standardisée dans tous les établissements (jointe en annexe). Ces doubles transmissions permettent un contact téléphonique entre les sages-femmes et donc une interaction permettant les questions et les compléments d'informations. Les transmissions écrites quant à elles permettent une traçabilité et une certaine pérennité.

Cependant, seules 6 sages-femmes libérales sur 34 considèrent ces transmissions comme toujours complètes et uniquement 19 d'entre elles observent une concordance systématique entre les transmissions effectuées par la sage-femme hospitalière et la situation clinique observée.

L'hypothèse qui consistait à supposer qu'il y avait une perte d'informations lors des transmissions est donc ici confirmée. Pour mettre en avant cette perte d'informations, nous pouvons mettre en relation les informations que les sages-femmes hospitalières transmettent et celles que les sages femmes libérales reçoivent. Nous constatons alors que sur de nombreux critères, les sages-femmes libérales ont l'impression de recevoir plus d'informations qu'il ne leur en est réellement transmis. Par exemple, en ce qui concerne la parité, 26 sages-femmes hospitalières disaient transmettre l'information alors que 31 sages-femmes libérales disaient la recevoir. Concernant le sexe de l'enfant, 28 sages-femmes hospitalières transmettaient l'information contre 32 sages-femmes libérales qui la recevaient. Toutes les sages-femmes libérales avaient l'impression de recevoir des transmissions sur la date d'accouchement et son mode alors que seules 30 sages-femmes hospitalières avaient l'impression de transmettre cette information. C'est également le cas pour le type d'allaitement maternel (toutes les sages-femmes libérales recevaient l'information contre 28 qui la transmettaient). Cela peut s'expliquer par le fait que la sage-femme libérale a d'autres supports à disposition que les transmissions de sa collègue hospitalière pour recevoir des informations. Elle dispose du carnet de santé de l'enfant, de la feuille de liaison ainsi que les informations transmises directement par la mère.

En effet, cet écart est le plus important en ce qui concerne la parité, le sexe de l'enfant, le type d'allaitement et la date d'accouchement. Or ce sont des informations disponibles dans le carnet de santé. La sage-femme libérale se sert donc de tous les outils mis à sa disposition et réussit à collecter toutes les informations nécessaires même si les transmissions orales et écrites ne sont pas toujours complètes.

Nous voyons également sur le graphique ci dessous que certaines informations ne sont presque jamais transmises. L'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA) n'est par exemple jamais transmise, le groupe sanguin de la mère n'est communiqué que dans 7 cas sur 32, les résultats de ses bilans sanguins et de ceux de l'enfant ne sont transmis que dans 8 cas sur 32 or ce sont des éléments importants dans la prise en charge de la mère et de son nouveau né. Il en est de même pour le taux de bilirubine de l'enfant le jour de la sortie de maternité qui n'est transmis que dans 9 cas sur 32 et son évolution n'est donnée que dans 8 cas sur 32. La sage-femme libérale a besoin de ces informations pour assurer un suivi optimal du couple mère enfant. A titre d'exemple, un taux de bilirubine seul n'est pas interprétable, il nécessite une valeur de référence. A noter que certaines informations ne sont que très peu transmises mais ne compromettent pas un bon suivi tel que le périmètre crânien de l'enfant à la naissance (transmis dans 1 seul cas) ou sa taille à la naissance (transmis dans 5 cas sur 32).



Nous pouvons donc dire que le système actuel n'est pas parfait, que certaines informations ne sont pas transmises et obligent donc la sage-femme libérale à rappeler la sage-femme hospitalière (10 cas sur 32) ou à se référer à d'autres supports. Grâce à ces différents moyens, la sage-femme libérale dispose finalement de toutes les informations nécessaires au bon suivi du couple mère/enfant.

Ces transmissions peuvent donc être améliorées pour une prise en charge plus globale et plus personnalisée de la femme et de son nouveau né.

2. PROPOSITIONS POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES :

J'ai interrogé les sages-femmes libérales sur d'éventuelles suggestions pour améliorer les transmissions lors des sorties précoces (ou anticipées). Sur 18 sages-femmes ayant donné des propositions, 5 suggéraient l'utilisation d'une fiche de sortie type, 2 des rencontres régulières entre sages-femmes libérales et sages-femmes hospitalières et enfin 1 proposait l'utilisation du carnet de maternité. Je me suis donc intéressée à ces différentes propositions et à leur réalisation qui émanent directement d'une demande des professionnels.

2.1 Utilisation du carnet de maternité :

Le carnet de maternité, modifié en 2007, regroupe tous les examens prénataux. Il permet donc à la sage-femme libérale, lorsqu'elle rencontre une femme pour la première fois de pouvoir avoir accès à toutes les informations concernant le déroulement de sa grossesse (informations relatées dans seulement 16 cas sur 32 lors des transmissions,) et sur le déroulement de son accouchement. Il pourrait donc être un support de transmissions simple à utiliser car complété au fur et à mesure du suivi. Il permet également à la femme d'avoir son dossier médical sur elle en permanence et de pouvoir le consulter.

Actuellement, ce carnet de maternité est limité au suivi pré natal. La mise en place d'une nouvelle rubrique dans ce carnet de maternité, destinée au suivi du post partum à la fois de la mère et de l'enfant, permettrait de regrouper toutes les informations dans un même document. De plus, ce carnet est accessible par tous les professionnels intervenants auprès de la femme et de son nouveau né. Il s'agirait donc d'un moyen simple pour assurer une continuité des soins. Afin d'éviter que ce document ne soit répétitif avec le dossier de soins, le suivi post natal pourrait être résumé en une page sur le modèle de la feuille de transmissions standard disponible dans chaque maternité. Cela aurait également l'avantage d'éviter des transmissions à la sage-femme

hospitalière puisque de nombreux renseignements, tels que les renseignements généraux, y seraient déjà présents. La sage-femme hospitalière retranscrirait donc uniquement ses examens quotidiens auprès de la femme.

Une utilisation régulière et adaptée de ce carnet de maternité permettrait donc une meilleure continuité des soins grâce à une transmission écrite réalisée au fur et à mesure de la prise en charge et regroupée dans un seul document. La sage-femme libérale n'aurait alors plus besoin de se référer à différentes sources comme elle le fait pour le moment.

Ces transmissions écrites existent déjà sous la forme d'une feuille de transmissions standard, or il ressort de l'enquête que cet outil ne convient pas pleinement aux sages-femmes libérales. C'est pourquoi, il faut envisager un nouveau support ou une amélioration de celui existant déjà.

2.2 Amélioration de la fiche de transmissions :

Il existe dans tous les établissements réalisant des sorties précoces (ou anticipées) une fiche de transmissions afin de faciliter le travail des sages-femmes hospitalières. Or uniquement 13 sages-femmes sur 32 la considèrent efficace. Il pourrait donc être utile de retravailler cette fiche de transmissions en collaboration avec les sages-femmes hospitalières.

De plus, 5 sages-femmes libérales sur 18 n'ont pas connaissance de cette fiche de transmissions ce qui montre qu'elle n'est que très peu utilisée.

Dans cette optique, j'ai réalisé une fiche de transmissions type (annexe IX) en m'appuyant sur celles existantes et sur les remarques des professionnels recueillies lors de mon travail d'enquête. Cela permet des transmissions complètes, prenant en compte les informations manquantes avec la fiche de transmissions déjà existante.

Afin d'éviter des retranscriptions trop importantes, cette fiche se présente principalement sous forme de cases à cocher ce qui permet des transmissions rapides et ciblées. La fiche de transmissions actuelle n'étant pas toujours utilisée, celle-ci est plus concise afin d'inciter les sages-femmes hospitalières à l'utiliser et afin d'éviter une perte de temps.

Un essai sur le terrain de cette nouvelle fiche permettrait d'en confirmer l'efficacité.

2.3 Rencontres régulières entre sages femmes libérales et sages femmes de terrain :

Une rencontre régulière entre les différents acteurs de ces transmissions permettrait peut-être des transmissions plus ciblées et correspondant aux besoins de chacun. En effet, les sages-femmes libérales pourraient informer leurs consœurs des transmissions qui leur sont indispensables. Une plage horaire pourrait également être choisie en accord avec les deux parties afin de les rendre pleinement disponibles au moment des transmissions. Il y a en effet une méconnaissance de l'organisation de l'activité de l'autre qui ne permet pas un fonctionnement optimal des transmissions. Sur les 32 sages-femmes hospitalières interrogées, seules 5 avaient déjà exercé en secteur libéral. Elles n'ont donc pas ou très peu connaissance de ce mode d'exercice, de sa charge de travail et de son organisation. Quant aux sages-femmes libérales, la plupart ont déjà exercé en hospitalier mais depuis 6 à 10 ans (pour 14 d'entre elles sur 36). Or en 10 ans, l'organisation des services de suites de couches a évolué. La charge de travail a augmenté et les sorties précoces se sont de plus en plus développées.

C'est pourquoi, certaines sages-femmes interrogées lors de mon enquête suggèrent des rencontres régulières avec leurs collègues hospitalières. Ce type de rencontre a lieu de façon annuelle sur le secteur de Metz-Thionville et peut donc être utile à étendre au reste du département. Une meilleure information des sages-femmes quant à l'existence de ces journées de rencontre pourrait également être utile. A l'heure actuelle, ces rencontres se déroulent de façon annuelle, il pourrait être envisagé la création de journées de rencontre plus régulières avec un thème précis. Par exemple, le thème de l'allaitement maternel pour lequel des discordances sont souvent observées. Cela permettrait de discuter sur un même thème et d'échanger les points de vue de différents professionnels afin de coordonner toutes les personnes intervenants auprès de la femme.

CONCLUSION

En France, l'influence économique et politique tend vers une augmentation des sorties précoces. Dans la majorité des cas, la sage-femme, garante de la physiologie, assure le relais à domicile. Elle a en effet toute sa place dans cette mission puisque les sorties précoces ne sont autorisées qu'en cas de suites de couches physiologiques. Cette professionnelle médicale a cependant besoin de toutes les informations nécessaires pour assurer au mieux ce relais.

Il ressort de mes questionnaires que les sages-femmes libérales sont peu satisfaites de ces transmissions qu'elles jugent parfois incomplètes. Grâce à différents moyens (carnet de santé de l'enfant, renseignements de la mère), elles réussissent cependant à réunir toutes les informations nécessaires au bon suivi mère-enfant. Nous pouvons donc dire que le système peut encore être amélioré grâce à de nouveaux supports tels que le carnet de maternité ou une nouvelle fiche de transmissions par exemple. En effet, il semble important, à l'heure du PRADO que tous les professionnels coordonnent leurs efforts afin d'assurer des transmissions complètes et adaptées pour un meilleur suivi mère-enfant. La qualité du suivi à domicile et donc de la prise en charge de la femme et du nouveau-né dépend en grande partie de ces transmissions.

Un point semble cependant important à approfondir. Lors de ces sorties précoces, trois protagonistes sont finalement en cause. D'une part la sage-femme hospitalière assurant le début du suivi et les transmissions, la sage-femme libérale recevant ces transmissions et assurant le relais à domicile mais également la femme. Cette dernière est en effet au centre de cette prise en charge. Son avis est donc important à prendre en compte puisque sa santé et son accompagnement dans sa vie de mère est en jeu. Un questionnaire de satisfaction à destination des mères existe déjà dans le cadre du PRADO mais n'est pas encore généralisé. Il serait donc intéressant de l'analyser afin de s'assurer que les femmes, au premier plan lors de ces sorties précoces, en retire un réel bénéfice.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

(1)DREES, enquête nationale périnatale 2010, les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003, disponible sur

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

Consulté en septembre 2012

(2)DREES, satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, disponible sur

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

Consulté en septembre 2012

(3)DREES,Enquête nationale périnatale 2010, disponible sur

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf

Consulté en septembre 2012

(4)Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né, J-M Hascoët, ed MASSON

(5)<http://www.sante.gouv.fr/tarifcation-a-l-activite.html>

Consulté en septembre 2012

(6)Site de l'assurance maladie,

<http://www.ameli.fr>.

Consulté en septembre 2012

(7)Sortie précoce après accouchement, conditions pour proposer un retour précoce à domicile, recommandation de l'HAS 2001. disponible sur

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf

Consulté en septembre 2012

(8)Retour précoce à domicile après accouchement : entre recommandations et expérimentations, module interprofessionnel 2010, école des hautes études en santé publique. Disponible sur

http://www.ressources.ensp.fr/memoires/2010/mip/groupe_6.pdf

Consulté en septembre 2012

(9) Site de l'association nationale des sages-femmes libérales, <http://www.ansfl.org/page.php?id=34>

Consulté en septembre 2012

(10) site de l'ordre des sage femme,

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/la_profession_et_modes_dexercice/la_sagefemme_liberales/index.htm

Consulté en décembre 2012

(11) site de l'assurance maladie,

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/un-accompagnement-a-domicile-apres-l-accouchement.php>

Consulté en décembre 2012

(12) Sorties précoces de maternité : le programme Prado inclura 26 départements début 2012 disponible sur

http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=221381

consulté en décembre 2012

(13) site de l'ordre des sages-femmes,

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/les_competences/index.htm

Consulté en décembre 2012

(14) document, référentiel métier et compétences des sages-femmes.

(15) Obstétrique 5ème édition collection Masson, J. Lansac et G. Magnin

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire à destination des sages-femmes hospitalières :

Bonjour, je m'appelle **Salomé TROCHON**. Je suis actuellement en dernière année d'études à l'école de sages-femmes de Metz.

Je réalise mon mémoire sur **la qualité des transmissions hospitalo-libérales lors des sorties précoces**. Pour cela, j'aurai besoin que vous preniez un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire. Pour toutes questions ou renseignements supplémentaires, vous pourrez me joindre à l'adresse mail suivante : trochon.salome@orange.fr

Je vous remercie par avance de votre participation.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

En quelle année avez-vous été diplômé ?

.....

Avez-vous déjà exercé une activité libérale ?

- Oui (précisez l'année de début et la durée)
- Non

Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

- Niveau 1
- Niveau 2a
- Niveau 2b
- Niveau 3

Depuis combien de temps y a-t-il des sorties précoces organisées dans votre établissement ?

- Moins de 1 an
- De 1 à 3 ans
- De 4 à 5 ans
- De 6 à 7 ans
- De 8 à 10 ans

Quels sont les modes de recrutements principaux pour autoriser une sortie précoce ?

.....
.....

Quelles exceptions peuvent être faites pour autoriser tout de même une sortie précoce ?

.....
.....

De manière générale quand s'effectue cette sortie ?

- J1
- J2
- J3
- Autre (précisez).....

Quel est le professionnel de santé qui assure le relai à domicile ?

- Une sage-femme libérale
- Une sage-femme d'une structure d'hospitalisation à domicile
- Autre (précisez)

La patiente connaît-elle déjà cette personne ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Par qui et quand est validée la sortie de la patiente ?

.....
.....

Faites vous des transmissions à la personne relai lors des sorties précoces ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais (dans ce cas, fin du questionnaire, merci de votre participation)

De quel(s) type(s) de transmissions s'agit-il ?

- Orales
- Écrites

Qui assure les transmissions ?

- La sage-femme de garde
- Le médecin de garde
- Le pédiatre
- Un étudiant
- Autre (précisez)

Quand sont faites les transmissions ?

- La veille de la sortie
- Le jour de la sortie
- Autre (précisez).....

Y a-t-il une plage horaire réservée pour les transmissions ?

- Oui (laquelle).....
- Non

Combien de temps par dossier prennent ces transmissions ?

- Moins de 5 minutes
- De 5 à 10 minutes
- Plus de 10 minutes

S'agit-il pour vous d'une perte de temps ? (commentez)

- Oui
- Non

.....
.....

Y a-t-il un document standardisé permettant les transmissions ?

- Oui (lequel, pouvez-vous me le fournir ?).....
- Non

Si oui, vous fait-il gagner du temps ? (commentez)

- Oui
- Non

.....
.....

Si non, pensez vous qu'un tel document serait utile ?

- Oui
- Non

Lors des transmissions, donnez vous des informations sur :

- Nom, prénom de la patiente
- Parité
- Groupe sanguin de la mère
- Situation maritale
- Situation sociale
- Déroulement de la grossesse
- Mode d'accouchement
- Date d'accouchement
- Terme
- Suture éventuelle
- Sexe de l'enfant
- Poids de l'enfant à la naissance
- Taille de l'enfant
- Périmètre crânien de l'enfant
- Apgar à la naissance
- Groupe sanguin de l'enfant
- Type d'allaitement
- Relation mère enfant
- Résultats des bilans sanguins de la mère
- Résultats des bilans sanguins de l'enfant
- Taux de bilirubine de l'enfant au jour de la sortie
- Évolution de ce taux de bilirubine
- EVA de la mère
- Paramètres du jour
- Les examens prescrits à la sage-femme libérale (bilirubine, NF, pansement, ablation d'agrafes ...)

La personne réalisant le relai à domicile vous rappelle t-elle pour des informations complémentaires ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Si oui pour quel motif ?

.....

Ce questionnaire est maintenant terminé, je vous remercie pour le temps que vous aurez su m'accorder.

Annexe II : Questionnaire à destination des sages-femmes libérales :

Bonjour, je m'appelle **Salomé TROCHON**. Je suis actuellement en dernière année d'études à l'école de sages-femmes de Metz.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur **la qualité des transmissions hospitalo-libérales lors des sorties précoces**. Pour cela, j'aurai besoin que vous preniez un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire. Pour toutes questions ou renseignements supplémentaires, vous pourrez me joindre à l'adresse mail suivante : trochon.salome@orange.fr

Je vous remercie par avance de votre participation.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

En quelle année avez vous été diplômé(e) ?

.....

Depuis combien de temps exercez vous en secteur libéral ?

- Moins de 5 ans
- De 6 à 10 ans
- De 11 à 15 ans
- Plus de 15 ans

Combien de personnes exercent avec vous dans votre cabinet ?

- 0
- 1
- 2
- >2

Dans quel secteur géographique exercez-vous ?

.....
.....

Avez-vous une secrétaire ? Si oui quel est son rôle ?

- Oui (précisez).....
 Non

Si c'est vous qui recevez les transmissions, êtes vous toujours disponibles pour les recevoir ? (commentez)

- Toujours
 Parfois
 Jamais
-
.....

Avez-vous déjà exercé en secteur hospitalier ? Si oui, dans quel(s) service(s) ?

- Oui
(précisez).....
 Non

Dans le cadre de votre exercice libéral prenez-vous en charge des femmes sortant précocement de la maternité ?

- Oui
 Non

Depuis combien de temps prenez-vous en charge ces patientes ?

- Moins de 1 an
 De 1 à 3 ans
 De 4 à 5 ans
 De 6 à 7 ans
 De 8 à 10 ans

Êtes-vous conventionné(e) avec la maternité pour ce type de prise en charge ?

- Oui
 Non

En moyenne, combien de visites à domicile effectuez-vous ?

- 1
 2
 >2

Sur quels critères proposez vous une deuxième visite ?

.....
.....

Sur quels critères proposez vous une troisième visite (ou consultation) ?

.....
.....

Connaissez-vous déjà les patientes que vous prenez en charge dans le cadre d'une sortie précoce ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Quelles autres sortes de prises en charge effectuez vous ?

- Préparation la naissance
- Suivi de grossesse
- Rééducation périnéale
- Consultation post natale
- Autre (précisez)

Réservez-vous une plage horaire pour les sorties précoces ?

- Oui
- Non

Si une plage horaire est réservée, que représente t-elle en demi-journée par semaine ?

.....
.....

Lors des transmissions, recevez-vous des informations sur :

- Nom, prénom de la patiente
- Parité
- Groupe sanguin de la mère
- Situation maritale
- Situation sociale
- Déroulement de la grossesse
- Date d'accouchement
- Mode d'accouchement
- Terme
- Suture éventuelle
- Sexe de l'enfant
- Poids de l'enfant à la naissance
- Taille de l'enfant
- Périmètre crânien de l'enfant
- Apgar à la naissance
- Groupe sanguin de l'enfant
- Type d'allaitement
- Relation mère enfant
- Résultats des bilans sanguins de la mère
- Résultats des bilans sanguins de l'enfant
- Taux de bilirubine de l'enfant au jour de la sortie
- Évolution de ce taux de bilirubine
- EVA de la mère
- Paramètres du jour
- Les examens que vous devez réaliser (bilirubine, NF, pansement, ablation d'agrafes)

Ces informations correspondent-elles à la clinique que vous observez chez la patiente ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Commentez

.....
.....

Ces transmissions sont-elles selon vous complètes ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Si non, que manque t-il souvent ?

.....
.....

Quelles suggestions pouvez-vous apporter pour améliorer ces transmissions ?

.....
.....

Éventuels commentaires :

.....
.....

Ce questionnaire est maintenant terminé, je vous remercie pour le temps que vous aurez su m'accorder.

Annexe III : Critères d'éligibilité pour une sortie précoce
concernant l'enfant(maternité A) :

PROTOCOLE DE REPERAGE POUR UNE SORTIE PRECOCE à J2 Pour la mère	Page 1 sur 1

OBJECTIF : Déterminer les critères réalisés à J2					
MERE					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Absence de précarité				
2	Absence de dépression ou d'antécédent de dépression				
3	Absence de risque hémorragique en post partum				
4	Absence de signes d'infection en post partum				
5	Absence de risque thromboembolique en post partum				
6	Douleur ne nécessitant pas de prise en charge particulière en post partum				
7	Examen clinique normal				
8	Mère de rhésus positif ou mère de rhésus négatif avec un enfant de rhésus négatif				
9	Absence de difficultés liées à l'alimentation du nouveau né				
10	Absence de difficultés dans l'instauration du lien mère enfant				
11	Sortie autorisée par le médecin ou la sage femme libérale				

Annexe IV : Critères d'éligibilité pour une sortie précoce
concernant l'enfant (maternité A) :

	PROTOCOLE DE REPERAGE POUR UNE SORTIE PRECOCE à J2	Service : Nursery
	Pour l'enfant	Page 1 sur 1

OBJECTIF : Déterminer les critères réalisés à J2					
ENFANT					
N°	CRITERES	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
1	Nouveau né à terme				
2	Test d'apgar à 5 min est à 7				
3	Examen clinique du pédiatre à la naissance et à J2 sans particularité				
4	Elimination d'urines et de selles				
5	Perte de poids < 7% du poids de naissance				
6	Absence de difficultés liée à l'alimentation du nouveau né				
7	Contrôle du risque infectieux : nouveau né asymptomatique et prélèvements biologiques négatifs				
8	Absence d'hyperbilirubinémie ou de risque d'hyperbilirubinémie				
9	Tests de dépistage organisés et programmés				
10	Absence de difficultés dans l'instauration du lien mère enfant				
11	Maman autonome pour réaliser les soins de base				
12	Sortie autorisée par le pédiatre				

Annexe V : critères d'éligibilité pour une sortie précoce recto
(maternité B et D):

Etiquette

PREPARATION à la SORTIE en MATERNITE

ANTENATAL / Critères d'exclusions à une sortie précoce

Critères d'exclusion immédiats

- Barrière linguistique individuelle ou familiale
- Patiente mineure Patiente isolée (pas de famille proche et sans conjoint)
- Dénî avéré de grossesse Indication du staff médico-psycho-social
- ATCD de SDC pathologiques à risque de récîdive (dépression grave, thrombose...)
- ATCD médicaux (**souligner**) : Maladie psychiatrique / Conduite addictive / Traitement de substitution
-

Critères d'exclusion liés à l'évolution de la grossesse

Pathologie maternelle : Infection materno-foetale

Pathologie foetale : Allo-immunisation Infection

Anomalie génétique RCIU

ACCOUCHEMENT / Critères d'exclusion à une sortie précoce

- Mère : Hémorragie de la délivrance nécessitant une transfusion
- Thrombus Transfert en réa 15 adulte
- Multipare ayant accouché > 16H00 (→ sortie normale à J4 cause Guthrie)
- NNé : Naissance < 37 SA et/ou pds de naissance < 2500 g (au cas par cas suivant contexte)
- Malformation Infection

CONCLUSION / Eligibilité à une sortie précoce à l'admission en SDC (aucune case cochée)

Sortie précoce possible

Sortie précoce médicalement non autorisée

Annexe VI : critères d'éligibilité pour une sortie précoce verso

Etiquette

(maternité B et D):

POST – PARTUM / MODE de SORTIE

Au plus tard à J1 (J2 pour les césariennes) : Recueil du choix de la patiente si sortie précoce possible :

Sortie normale souhaitée

Sortie précoce souhaitée → Date prévisionnelle de sortie :

(Attention, si Guthrie > 16H00 , sortie J4 au lieu de J3 avec SF lib)

Fait le / Date :

Nom/Prénom/signature de la SF :

Informations à reporter sur le second feuillet du « Formulaire d'éligibilité de la patiente »

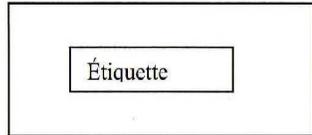
SORTIE : Mode de sortie final / Décision et indications

<input type="checkbox"/> <u>Relais HAD</u>	<input type="checkbox"/> <u>Relais SF libérale</u>	<input type="checkbox"/> <u>Séjour complet</u>
<input type="checkbox"/> Grossesse patho suivie en anténatal <input type="checkbox"/> Pathologie du post-op <input type="checkbox"/> Patho à risque de complication ou en cours de d'équilibration <input type="checkbox"/> Difficulté psycho ou du lien mère-enfant <input type="checkbox"/> Difficulté d'allaitement et absence de SF libérale <input type="checkbox"/> NNé < 37 SA ou < 2500 g <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> NNé : Surveillance de la courbe pondérale <input type="checkbox"/> NNé : Surveillance d'ictère	<p style="text-align: center;">Toutes les cases doivent être cochées</p> <input type="checkbox"/> Mère : SDC physiologiques <input type="checkbox"/> Nouveau-né : enfant unique + séjour physiologique + poids de sortie > 2500g <input type="checkbox"/> Alimentation sans difficulté (2 repas réussis tracés) <input type="checkbox"/> Tests de dépistage réalisés ou programmés <input type="checkbox"/> Visite de sortie du pédiatre effectuée <p>Nom de la SF libérale :</p> <p>Confirmation de PEC par la SF libérale le :</p> <p>Date et heure du 1er RV :</p>	<input type="checkbox"/> Multipare sortie J4 pour Guthrie <input type="checkbox"/> Choix de la patiente <input type="checkbox"/> Indication médico-psycho-sociale (en staff ou en post-partum) <input type="checkbox"/> Sortie précoce annulée pour : → <input type="checkbox"/> Décompensation d'une pathologie pré - existante → <input type="checkbox"/> Apparition d'une complication médicale et/ou obstétricale → <input type="checkbox"/> NNé avec risque de développer un ictère sévère (ictère dans les 24 premières heures de vie, Zone 3 à J2, etc... : cf protocole...) → <input type="checkbox"/> NNé ayant bénéficié d'une cure de PTI

Date et heure de sortie :

Nom et signature de la SF qui valide la sortie :

58415



Thionville, le

Mme la sage femme libérale

M. le médecin de PMI

Nous avons eu en hospitalisation votre patiente Madame
qui a accouché le à H. au terme de semaines d'aménorrhée
d'un enfant de sexe pesant

Durant la grossesse : pas de pathologie Diabète gestationnel
 MAP Pré-éclampsie Autre pathologie
 Hospitalisations en cours de grossesse
➤ à SA pour
➤ à SA pour

Mode d'accouchement :

voie basse normale
 voie basse avec intervention :
 Ventouse pour
 Forceps pour
 voie basse avec manœuvre (préciser) :
 césarienne programmée pour :
 césarienne en urgence pour :

Délivrance : normale complète DA RU
 hémorragie du PP immédiat / étiologie :

Périnée : intact épisiotomie
Anesthésie : péridurale rachis anesthésie anesthésie générale aucune

Elle présente :

aucun ATCD particulier
 antécédents médicaux/chirurgicaux
 antécédents obstétricaux
 contexte psychologique
Tabagisme oui non

les suites de la naissance sont physiologiques : l'examen clinique du jour montre

un état général et des constantes normaux, un taux d'hémoglobine à g/dl
➤ une involution utérine à
➤ des lochies : sanglantes séro-sanglantes
➤ un périnée : intact en voie de cicatrisation
➤ une plaie abdominale saine en voie de cicatrisation
➤ seins souples congestionnés autres
➤ membres inférieurs

les suites de la naissance ont été marquées par :

une anémie à g/dl d'hémoglobine traitée par
 une infection urinaire
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 une infection génitale
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 autre syndrome infectieux
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 une insuffisance veineuse
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 une thrombose superficielle
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 des complications périnéales
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 des complications liées à l'allaitement
➤ traitement en cours d'hospitalisation
 autres complications
➤ traitement en cours d'hospitalisation

Autres traitements prescrits à la sortie :

RHOPHYLAC
 vaccin anti-rubéolique
 autre

Votre patiente a séjourné : à la maternité du au
 puis en HAD du au
 puis a été suivie par Mme SF libérale

Contraception :

Contraception non souhaitée

Examens complémentaires prescrits à la sortie :

➤ HGPO dans trois mois
➤ NF à faire dans un mois
➤ Autres :

Soins à domicile :

➤
➤

RV post-opératoire

En vous remerciant de votre confiance, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, cher(e)
confrère, en nos salutations les meilleures.

Madame Docteur
Sage femme Interne

recto (maternité B et C)

Annexe VII : fiche de transmissions lors des sorties précoces.

Étiquette
maman

Étiquette
bébé

Étiquette
maman

Étiquette
bébé

Le Nouveau Né, Nom..... Prénom

- transféré dès la naissance en pédiatrie pour..... pendant
- transféré secondairement en pédiatrie lepour.....pendant.....
- photothérapie :
 - Retour au service le.....
 -séances

il ne présente pas de problème particulier :

l'évolution de la courbe de poids est : satisfaisante à suivre
le poids de sortie

alimentation :

- allaitement artificiel
- allaitement mixte sans difficulté
- allaitement maternel sans difficulté
- allaitement maternel avec difficulté à suivre.....

teint

- rose érythrosique
- subictérique :
 - Zone au Flash à..... le
 - Zone à la Bilirubine à le
 - Courbe ictère : ascendante descendante

Examens complémentaires

- en hospitalisation :
- prescrits à la sortie :

Toutes les informations sont notées dans le carnet de santé.

La relation mère enfant est : établie à conforter
PMI fiche de liaison contact tél.

PARTIE RESERVEE POUR GROSSESSE GEMELLAIRE ET PLUS

Le Nouveau Né, Nom..... Prénom

- transféré dès la naissance en pédiatrie pour..... pendant
- transféré secondairement en pédiatrie lepour.....pendant.....
- photothérapie :
 - Retour au service le.....
 -séances

il ne présente pas de problème particulier :

l'évolution de la courbe de poids est : satisfaisante à suivre
le poids de sortie

alimentation :

- allaitement artificiel
- allaitement mixte sans difficulté
- allaitement maternel sans difficulté
- allaitement maternel avec difficulté à suivre.....

teint

- rose érythrosique
- subictérique :
 - Zone au Flash à..... le
 - Zone à la Bilirubine à le
 - Courbe ictère : ascendante descendante

Examens complémentaires

- en hospitalisation :
- prescrits à la sortie :

