



HAL
open science

Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale de Nancy

Mélanie Marchal

► **To cite this version:**

Mélanie Marchal. Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-04360398

HAL Id: hal-04360398

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04360398v1>

Submitted on 21 Dec 2023

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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les
sages-femmes libérales lors des retours précoces à
domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale
de Nancy*



Mémoire présenté et soutenu par

Mélanie MARCHAL



Promotion 2009

Directeur de mémoire : Madame L. Galliot (Sage-femme cadre enseignante)

Expert : Madame Le Docteur C. Hubert (Pédiatre)

SOMMAIRE

Préface	6
Introduction	7
Partie 1	9
1. Les sorties précoces de maternité	10
1.1. La définition de la sortie précoce de maternité par l’HAS.....	10
1.2. Critères déterminant la durée du séjour en maternité et facteurs favorisant sa diminution	10
1.2.1. Les critères intervenant pour chaque couple mère-enfant	10
1.2.2. Les critères propres à chaque service	11
1.2.3. Les facteurs politiques et économiques	11
1.3. Durée moyenne d’hospitalisation en secteur mère-enfant durant les dernières années	12
1.3.1. Les données nationales.....	12
1.3.2. Les données en Lorraine	12
1.3.3. Les données à la MRAP	12
1.4. Définition retenue pour mon étude	12
1.5. Les recommandations de l’HAS	13
1.5.1. Le projet de naissance	13
1.5.2. La prévention des complications maternelles et infantiles	13
1.5.3. Versant maternel	14
1.5.4. Versant néonatal.....	14
1.5.5. Conditions d’organisation du RPAD	14
1.5.6. La décision finale de RPAD.....	15
1.5.7. Le suivi à domicile	15
1.5.8. Les acteurs, les structures.....	15
1.5.9. Cadre de travail et rôle de chaque intervenant	16
1.5.10. Formations des professionnels participants	16
1.5.11. Dossier de liaison	16
1.5.12. Acteurs principaux	16
2. La surveillance de l’ictère néonatal	17
2.1. Physiopathologie	17
2.2. Le retour de l’ictère nucléaire ?	18
2.2.1. Qu’en est-il en France ?	18
2.2.2. Qu’en est-il chez nos voisins ?	18
2.3. Les différents moyens de surveillance de l’ictère néonatal	19
2.3.1. Les recommandations HAS	19
2.3.2. L’évaluation visuelle.....	19
2.3.3. La bilirubinométrie transcutanée	19
2.3.4. Le dosage sanguin	20
2.4. Le rôle du personnel médical dans le suivi de l’ictère	20
2.4.1. Surveillance de l’enfant en maternité.....	20
2.4.2. Continuité des soins au nouveau-né lors de son retour à domicile	20

3. L'activité libérale des sages-femmes de la région nancéienne	22
3.1. Evolution et démographie des sages-femmes libérales durant les dernières années	22
3.2. Formation continue et sages-femmes libérales	22
3.3. Financement de l'activité libérale	23
3.4. Les sages-femmes libérales face au RPAD	23
4. L'instauration du réseau MRAP / sages-femmes libérales	24
4.1. Les acteurs du réseau	24
4.2. Les actions entreprises	24
4.2.1. La fiche de liaison	24
4.2.2. Le contact téléphonique	25
4.2.3. Le choix de la sage-femme libérale	25
4.2.4. Les accords avec le laboratoire de la MRAP	26
4.2.5. Les accords avec le service de néonatalogie lors de ré hospitalisation... ..	26
4.3. Projets en cours et projets futurs	26
4.3.1. L'HADAN	26
4.3.2. Le réseau MRAP / HADAN	27
Partie 2	29
1. Généralités concernant l'enquête	30
1.1. Description de l'étude	30
1.2. Les objectifs de l'étude	30
1.3. La population enquêtée	31
1.4. Méthodologie	32
1.4.1. Le support	32
1.4.2. L'accroche.....	32
1.4.3. Le questionnaire	32
2. résultats de l'enquête	33
Partie 3	48
1. Les points forts retenus dans l'étude.....	50
1.1. La fréquence de l'ictère nucléaire	50
1.2. La construction d'un projet de naissance	50
1.3. La qualité du relais	51
1.4. La mise à disposition des résultats des examens avant la sortie de maternité ..	51
1.5. L'organisation en pôle de naissances	52
1.6. Le bénéfice de la structure hospitalière.....	52
1.7. La disponibilité de la sage-femme libérale	53
2. Les différents points en cours d'amélioration	54
2.1. Le projet de naissance	54
2.2. Les conditions à respecter avant la sortie de maternité.....	54
2.3. La qualité du relais	55

2.4.	Les pratiques des sages-femmes libérales et l'uniformité de la prise en charge.	57
2.5.	Les connaissances des sages-femmes libérales.....	58
3.	Les limites de mon étude.....	60
4.	L'HADAN et ses limites.....	61
4.1.	Les principes de l'HAD	61
4.2.	Quelles sont les différences sur le plan financier ?.....	62
4.3.	Le dossier de liaison de l'HADAN et l'organisation du suivi	62
4.3.1.	La convention avec l'HADAN	62
4.3.2.	Le dossier de liaison.....	62
4.3.3.	Le dossier HAD.....	63
4.4.	A la sortie de maternité	64
	Conclusion.....	65
	Bibliographie	66
	TABLE DES MATIERES	69
	Annexe 1.....	73
	Annexe 2.....	75
	Annexe 3.....	76
	Annexe 3.....	77
	Annexe 5.....	78
	Annexe 6.....	79
	Annexe 7.....	81
	Annexe 8.....	82
	Annexe 9.....	85
	Annexe 10.....	86
	Annexe 11.....	88

PREFACE

Suite aux expériences professionnelles vécues au cours de ma formation, en secteur mère-enfant d'une part et dans un cabinet de sage-femme libérale d'autre part, diverses interrogations se sont soulevées, plus particulièrement concernant la surveillance de l'ictère néonatal.

Les patientes quittent la maternité de plus en plus précocement, leur nouveau-né les accompagnant. Mais quelles sont les suites pour ces deux êtres si vulnérables dans un moment si particulier de leur vie ?

Face à cela, les sages-femmes libérales développent un réseau de surveillance à domicile. Mais comment font-elles pour assurer ce suivi de manière aussi sécurisante qu'au sein d'un établissement hospitalier ? Quelles sont leurs possibilités ? Leurs difficultés ?

Un dispositif paraît pourtant indispensable dans la surveillance de l'ictère : le bilirubinomètre, réputé si coûteux et quasi-inaccessible dans la profession libérale !

C'est suite à ces interrogations et à l'envie d'étudier le lien, la continuité entre la sortie précoce de maternité et la surveillance à domicile de l'ictère néonatal qu'est né ce mémoire.

Introduction

La surveillance du nouveau-né au cours de la première semaine de vie a évolué depuis quelques temps. La durée du séjour d'hospitalisation après la naissance tend à diminuer, laissant place à une surveillance à domicile. Face à cela, des structures de relais à domicile par l'intermédiaire des sages-femmes libérales tendent à s'organiser autour de certains enfants.

La complexité se crée lorsque l'on confronte l'évolution de la durée d'hospitalisation, à un niveau national, aux structures relais qui s'organisent avec les moyens locaux qui leur sont propres. La difficulté apparait pour coordonner les équipes et assurer une qualité du relais dans le suivi de la mère et de son enfant.

D'un point de vue plus précis, l'une des complications les plus redoutées dans la surveillance du nouveau-né est l'ictère néonatal. Il demande une qualité de suivi régulier dès la maternité mais aussi après le retour à domicile dans le cadre d'un Retour Précoce A Domicile [RPAD].

Depuis 2006, diverses mesures ont été entreprises entre la Maternité Régionale A. Pinard [MRAP] de Nancy (maternité de type 3 ayant réalisé 3526 accouchements en 2008) et les sages-femmes libérales de la région nancéienne. Elles ont pour but d'assurer un suivi de qualité de ces enfants potentiellement susceptibles de devenir ictériques et entrant dans le cadre du retour précoce à domicile RPAD. Cette qualité de suivi est étayée par l'adhésion à une association, l'HADAN, en ce qui concerne la MRAP.

Fin 2008 – début 2009, qu'en est-il de ce suivi ? Comment évoluent les possibilités de prise en charge de ces nouveau-nés lors d'un RPAD ? Comment peut-on améliorer ce suivi ? Quels sont les problèmes émergents du point de vue des sages-femmes ? Quel est le ressenti des sages-femmes libérales qui prennent le relais après la sortie ? Ont-elles des attentes particulières ? Les sages-femmes libérales bénéficient-elles de connaissances suffisantes et de moyens efficaces pour assurer un suivi adéquat ?

Dans une première partie, nous tenterons d'apporter des éléments répondant aux questions qui prédominent dans le paragraphe précédent. Ces éléments prennent d'autant plus d'importance lorsque l'on a notion des recommandations de la Haute Autorité de Santé [HAS] de mai 2004 concernant les sorties précoces.

Dans une deuxième partie, une évaluation des conditions du suivi de l'ictère néonatal sera ainsi mise en œuvre au cours d'une étude auprès des sages-femmes libérales travaillant avec la MRAP.

Enfin, dans une troisième partie, nous pourrions soulever les points forts et les points faibles de ce suivi afin de proposer une amélioration, un ajustement, éventuellement par un travail en collaboration avec l'HADAN.

Partie 1

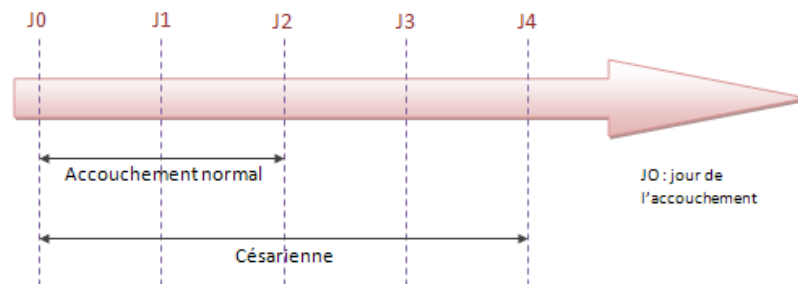
*Revue de la
littérature et état
des lieux*

1. LES SORTIES PRECOCES DE MATERNITE

1.1. La définition de la sortie précoce de maternité par l'HAS

L'HAS définit les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » comme *une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne.* [1]

On peut plus précisément différencier les sorties hyper précoces (le jour de l'accouchement), les sorties très précoces (le premier jour de vie), ainsi que les sorties modérément précoces (le deuxième jour de vie).



Sorties précoces en fonction des différents modes d'accouchement

Cependant, la sortie de maternité est considérée comme précoce lorsqu'elle survient plus tôt que la durée habituelle des séjours du service.

1.2. Critères déterminant la durée du séjour en maternité et facteurs favorisant sa diminution

1.2.1. Les critères intervenant pour chaque couple mère-enfant [1][2]

- ✓ Les critères obstétricaux tels que les circonstances d'accouchement, le déroulement de la grossesse et des suites de couches.
- ✓ Les critères pédiatriques tels que l'âge gestationnel, le poids de naissance, l'évolution de la courbe pondérale, les pathologies postnatales éventuelles, les antécédents d'ictère néonatal dans la fratrie...
- ✓ Les critères familiaux tels que la situation socio-économique, la famille (fratrie), l'environnement culturel...

1.2.2. Les critères propres à chaque service [1][2]

Chaque établissement définit la durée « habituelle » d'hospitalisation des patients. Elle varie en fonction du nombre de lits de secteur mère-enfant et du nombre d'accouchements.

Le secteur mère-enfant de la MRAP comptabilise 75 lits de gynécologie-obstétrique. Ce nombre n'a pas évolué durant les 3 dernières années, excepté la création des chambres parentales.

Parallèlement, le nombre de naissance à la MRAP est en légère augmentation. On comptabilisait 3514 naissances en 2006, contre 3526 naissances en 2008.

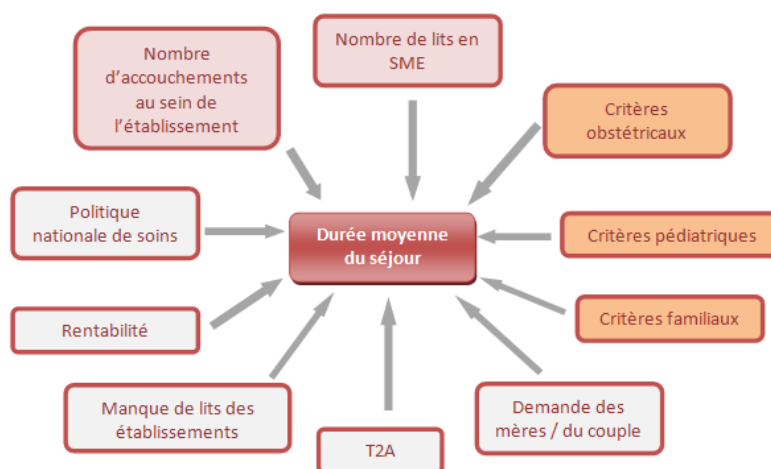
1.2.3. Les facteurs politiques et économiques [2][3]

La nécessité de diminuer la durée moyenne de séjour [DMS] est relative au manque de lits dans les établissements, à la nécessité de rentabilité (rotation) ainsi qu'à la demande de certaines mères qui souhaitent regagner plus rapidement le domicile familial (à défaut d'accoucher à domicile).

Sur le plan politique, de nombreuses lois ont modifié l'offre de soins depuis une quarantaine d'année. Le rapport Bloch-Laine de 1967, par exemple, restructure de façon importante les maternités.

L'ensemble de ces textes de loi a contribué à déplacer l'activité obstétricale vers les centres de types 2 et 3.

L'augmentation de l'activité n'étant pas proportionnelle à l'augmentation du nombre de lits, la diminution de la DMS reste la solution envisagée pour maintenir l'offre de soins.



De plus, sur le plan économique, la réforme relative au Plan Hôpital 2007 modifie le financement des établissements de soins. La T2A consiste à rémunérer

l'établissement en fonction des actes pratiqués. L'intérêt de proposer un séjour long aux patients n'est donc plus rentable sur le plan financier. Ceci incite alors à favoriser les sorties plus précoces, plus économiques. [4]

1.3. Durée moyenne d'hospitalisation en secteur mère-enfant durant les dernières années

1.3.1. Les données nationales [2]

Face à la restructuration des hôpitaux et à l'augmentation de la natalité en France, la DMS en secteur mère-enfant tend à diminuer progressivement. Elle était de 4,59 jours pour un AVB en 2004 contre 4,95 jours en 2002.

Depuis, aucune donnée n'est disponible.

1.3.2. Les données en Lorraine [5]

Globalement, dès 2001, on note une diminution de la durée des séjours d'hospitalisation (tous modes d'accouchement et pathologies confondus) en secteur mère-enfant. Une augmentation de la proportion de sortie à J4 est enregistrée. Il en est de même mais en plus faible mesure pour les sorties à J3.

Les sorties précoces au sens stricte du terme (≤ 3 jours en cas d'accouchement voie basse et ≤ 5 jours en cas de césarienne) représentaient 3,6 % des cas en 2001 contre 6,6 % des cas en 2004.

Malheureusement, les dernières données statistiques depuis 2005 sont en cours de traitement et sont, de ce fait, non disponibles.

1.3.3. Les données à la MRAP

Aucune donnée statistique n'est disponible sur ce sujet de façon précise. Cependant, de part la pratique, il semblerait que les patientes et les nourrissons sortent plus précocement. La sortie est courante à J4 et peut-être accepter sous certaines conditions à J3.

1.4. Définition retenue pour mon étude

Actuellement, dans la région nancéienne et plus particulièrement à la MRAP, les retours à domicile au cours des deux jours suivants la naissance ne se pratiquent que de

façons exceptionnelles. Il m'a alors semblé difficile de limiter mon étude à cette partie de la population.

En revanche, depuis fin 2006, la durée des séjours à la MRAP tend à diminuer.

La seconde définition de l'HAS sera alors retenue pour la suite de mon étude : le RPAD sera défini tel une sortie plus tôt que la durée habituelle de séjour dans l'établissement.

1.5. Les recommandations de l'HAS [1][6][7][8]

Le RPAD est la solution envisagée pour diminuer le temps, donc le coût, de l'hospitalisation et répondre à la demande de certaines mères.

Cette évolution des pratiques nécessite des recommandations afin de guider les professionnels dans la concrétisation d'un tel suivi.

Ainsi, l'HAS a publié ses « recommandations pour la pratique clinique » en mai 2004. Elle détaille divers principes qui doivent être organisés avant le RPAD.

1.5.1. Le projet de naissance

L'organisation d'un projet de RPAD se prévoit durant la grossesse. Cette éventualité doit être consentie par les parents.

Des informations spécifiques doivent leur être apportées (événements médicaux et psychiques pouvant intervenir à domicile, réponses adaptées) durant la grossesse et le séjour en maternité. Les cours de préparation à la parentalité et les consultations de suivi de grossesse notamment l'entretien prénatal individuel [EPI] participent à l'information.

Une des conditions majeures du succès d'un RPAD est de compenser le manque de temps d'apprentissage en maternité par l'échelonnement des acquisitions bien avant la naissance et leur poursuite à domicile. [1]

Un ouvrage évoquant l'ensemble des aspects de la grossesse, de la naissance, et de la prise en charge de l'enfant, à l'image de ce qui existe à l'étranger, pourrait être remis à la future mère dès la 1ère consultation. [1]

1.5.2. La prévention des complications maternelles et infantiles

La prévention des complications maternelles et infantiles repose sur la rigueur d'évaluation de la possibilité d'un RPAD et de la programmation du suivi à domicile. Seuls les couples mère-enfant à bas risques médicaux, psychologiques et sociaux doivent participer à ce type de suivi.

Les examens complémentaires opportuns doivent être réalisés pour le départ de maternité et leurs résultats sont connus et satisfaisants.

Les compétences maternelles doivent être satisfaisantes à la sortie de maternité afin de conduire de façon adéquate les soins du bébé, l'allaitement.

Une présentation claire et non anxiogène des principaux signes sur lesquels il faut rester vigilant est possible et utile. La visite à domicile d'un professionnel permettra l'observation des signes d'alerte concernant la mère ou son bébé, tant sur le plan médical, psychologique que social.

1.5.3. Versant maternel

Divers critères tels que l'absence de signes infectieux et de risques hémorragiques, le contrôle de la douleur, l'instauration du lien mère-enfant, l'état psychique, la conduite de l'allaitement maternel, doivent attirer l'attention des professionnels lorsqu'un RPAD est envisagé.

1.5.4. Versant néonatal

De même que pour la mère, certains critères doivent attirer l'attention des professionnels lorsqu'un RPAD est envisagé.

Le risque infectieux néonatal, le dépistage des cardiopathies, le risque de déshydratation, les tests de dépistage en sont les critères principaux.

De plus, la prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie doit attirer toutes les attentions. Une première mesure transcutanée de la bilirubine est recommandée dès la 24^{ème} heure et avant la sortie de maternité.

Les facteurs de risque de l'hyperbilirubinémie tels que le contexte de naissance, le terme, le risque d'hémolyse, le poids, sont pris en compte avant de décider le RPAD.

[1]

⇒ Annexe 1

1.5.5. Conditions d'organisation du RPAD

La qualité du relais entre les professionnels agissant à la maternité et à domicile est fondamentale dans le cadre du RPAD. [1]

Pour cela, l'utilisation d'un *document de liaison spécifique* doit être remis à la personne assurant le suivi à domicile. Il doit comprendre les informations utiles au suivi.

La transmission des informations par l'intermédiaire de ce document de liaison doit également être conforme à *la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile*. [1]

Enfin, les conditions familiales favorables (présence du père, aide familiale) s'avèrent indispensables pour la réussite d'un RPAD.

1.5.6. La décision finale de RPAD

La décision de RPAD doit être discutée voire abandonnée en cas de risque maternel et/ou néonatal (notamment le risque pour l'enfant de développer une hyperbilirubinémie sévère).

1.5.7. Le suivi à domicile

Concernant la mère, les recommandations rejoignent les critères de prévention des complications maternelles énoncés ci-dessus.

Pour le nouveau-né, diverses recommandations sont précisées quant au dépistage de l'infection, la recherche de cardiopathies, la réalisation des tests de dépistage, l'admission de vitamine K.

Concernant l'ictère qui est un *motif fréquent de ré hospitalisation après sortie précoce*, les recommandations lors du suivi à domicile sont : [1]

- ✓ *Tout enfant sorti précocement doit bénéficier d'une mesure transcutanée de la bilirubinémie dans les 48 heures suivant son départ de la maternité.*
- ✓ *L'ensemble des professionnels en charge du suivi doit avoir reçu « des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses » et savoir rechercher leurs facteurs de risque.*

La date de la première visite à domicile doit être fixée entre la mère et l'équipe du suivi à domicile avant la sortie de maternité. Puis, les autres visites seront planifiées en fonction de l'appréciation du professionnel intervenant à domicile et la mère.

1.5.8. Les acteurs, les structures

C'est autour d'un pôle de naissance que s'organise le suivi à domicile.

Sous réserve du respect d'un cahier des charges adapté au suivi à domicile des RPAD, des organisations très différentes peuvent être envisagées : détachement de sages-femmes de la maternité, professionnels libéraux volontaires, professionnels indépendants en partenariat avec le pôle de naissance. [1]

La participation à des réunions communes disciplinaires, le partage d'informations et l'utilisation des protocoles communs sont fortement recommandés pour renforcer leur collaboration et la cohérence de leurs interventions. [1]

1.5.9. Cadre de travail et rôle de chaque intervenant

Les règles de fonctionnement doivent être débattues largement, pour aboutir à un cadre de travail consensuel, qui est retranscrit dans une charte. Cette charte précise notamment les responsabilités de chacun, les modalités de prise en charge et de transmission des informations.

1.5.10. Formations des professionnels participants

Une formation complémentaire de certains intervenants est nécessaire en fonction de leurs acquis et modes d'exercices antérieurs. [1]

1.5.11. Dossier de liaison

Le carnet de maternité, lorsqu'il est utilisé, peut servir de support pour la transmission des informations entre la maternité et le ou les professionnels chargés du suivi. Il est mis à jour par la maternité lors de la sortie. [1]

A défaut, un document de liaison pourra assurer la continuité du suivi. Il contiendra les données nécessaires au suivi de la mère et de l'enfant. [1]

Il revient à chaque structure de créer ou choisir le document de liaison adapté.

La teneur du carnet de santé de l'enfant doit être révisée en conséquence : contenu, présentation, support, afin de faciliter la saisie et l'exploitation des données pertinentes en termes de suivi individuel, d'évaluation du RPAD et des autres modes de suivi du post-partum, et d'analyse épidémiologique. [1]

1.5.12. Acteurs principaux

Il conviendrait que la future mère puisse identifier un « interlocuteur principal », auquel elle puisse se référer tout au long du déroulement de son projet de naissance, pour l'aider dans ses choix, répondre à ses questions et être le centralisateur des différentes interventions.

La sage-femme est un professionnel de choix pour accompagner la femme dans son projet de naissance. [1]

2. LA SURVEILLANCE DE L'ICTERE NEONATAL

2.1. Physiopathologie [9][10][11][12][13][14]

Durant la première semaine de vie, l'hyper bilirubinémie du nouveau-né est une manifestation fréquente considérée comme physiologique dans certaines limites. Au delà, on parle d'ictère néonatal pathologique. Cependant, le taux de toxicité est beaucoup plus élevé (ictère nucléaire). Le seuil le plus élevé de bilirubine (pic maximal) se présente généralement entre le 3ème et le 5ème jour après la naissance.

Une augmentation de la production de bilirubine ainsi qu'une diminution de son élimination augmentent transitoirement les risques de toxicité de la bilirubine.

L'HAS ainsi qu'un groupe d'étude en néonatalogie du Nord (2007) décrivent les différents facteurs de risques qui contre-indiquent la sortie précoce de maternité. Ainsi, concernant l'ictère, la sortie doit être contre-indiquée notamment dans les cas suivants :

- ✓ ictère avec bilirubinémie prédictive d'ictère sévère selon les courbes de référence, en particulier dans les situations à haut risque,
- ✓ ictère des 24 premières heures de vie,
- ✓ antécédent d'ictère grave dans la fratrie,
- ✓ incompatibilités rhésus ou ABO,
- ✓ risque d'infection néonatale,
- ✓ prévention de l'immunisation anti-D non complètement gérée.

Le risque le plus important est la sous-estimation de l'ictère. En effet, bien que le dépistage de l'ictère s'apprécie par la coloration jaune de la peau du nouveau-né, cela est insuffisant pour conclure à un diagnostic de gravité. Dans ce cas, une bilirubinométrie cutanée doit être pratiquée à l'aide de Bilicheck® ou Bilimed®. Un contrôle sanguin peut cependant être nécessaire lorsque le dosage approche une certaine limite du seuil pathologique (risque d'ictère nucléaire). Dans ce cas, des traitements spécifiques tels que la photothérapie et l'exsanguino-transfusion peuvent être nécessaires.

⇒ Annexe 2

2.2. Le retour de l'ictère nucléaire ?

2.2.1. Qu'en est-il en France ? [1][12]

L'HAS, dans ses recommandations cliniques de mai 2004, décrit l'ictère néonatal comme « un motif fréquent de ré hospitalisation ».

Selon l'Académie Nationale de Médecine, la situation est difficilement évaluable en France par manque de données centralisées.

L'ictère nucléaire est une pathologie extrêmement rare. Malgré l'absence de disponibilité de chiffres épidémiologiques, il n'y a pas d' « explosion » visible à ce jour. Il semblerait qu'il n'y ait eu qu'un seul cas d'ictère sévère à la MRAP depuis 2002. Il serait en lien avec un déficit en G6PD (maladie hémolytique des globules rouges) et ne s'est pas compliqué d'un ictère nucléaire.

Cependant, appliquer les principes de surveillance classique permettra de diminuer les risques pour le nouveau-né [13]. De plus, la diminution de la DMS reste relative face aux services canadiens et américains. L'Académie Nationale de Médecine a cependant mis en place un groupe de travail chargé d'évaluer les risques liés à une surveillance néonatale incomplète afin de formuler des recommandations.

2.2.2. Qu'en est-il chez nos voisins ? [1][10][12]

La diminution de la durée d'hospitalisation après la naissance d'un enfant n'est pas propre à la France.

Selon un rapport de l'Académie Nationale de Médecine, en 2001, les autorités sanitaires des États-Unis soulignent la permanence du risque d'ictère nucléaire chez le nouveau-né normal. Elles expliquent ce risque par une sous-estimation du risque par les professionnels lors d'une naissance normale, une sous-estimation de l'intensité de l'ictère (évaluation purement visuelle). Mais la cause majeure décrite est la sortie précoce après l'accouchement au moment où l'ictère est encore évolutif.

Cette problématique est similaire au Canada. Dans son rapport de 1999, le Conseil d'Evaluation des Technologies de la Santé souligne l'importance de la surveillance de l'ictère chez les nouveau-nés sujets au retour précoce à domicile. Ainsi, il souligne l'efficacité de la mesure de la bilirubinométrie transcutanée dans la surveillance de l'ictère.

2.3. Les différents moyens de surveillance de l'ictère néonatal

2.3.1. Les recommandations HAS [1]

Tout enfant sorti précocement doit bénéficier d'une mesure transcutanée de la bilirubinémie dans les 48 heures suivant son départ de la maternité. [...] L'ensemble des professionnels en charge du suivi doit avoir reçu des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses et savoir rechercher leurs facteurs de risque.

2.3.2. L'évaluation visuelle [9][14]

Un examen systématique du nouveau-né par les soignants deux à trois fois par jour peut mettre en évidence un ictère. Celui-ci débutera le plus souvent par la face puis suivra une progression cranio-caudale. L'examen à la lumière du jour est indispensable. L'examen des muqueuses peut être nécessaire, notamment chez le nouveau-né à peau foncée.

Cependant, l'évaluation visuelle de l'intensité de l'ictère est jugée insuffisante par l'Académie Nationale de Médecine.

2.3.3. La bilirubinométrie transcutanée [9][14][15][16]

L'Académie Nationale de Médecine recommande de faire une mesure tous les jours jusqu'à certitude que s'amorce la décroissance (J4 à J5 voir plus) de l'intensité de l'ictère. En effet, l'évolution de la courbe de mesure a autant plus d'importance que la valeur absolue de la mesure. Elle souligne également la nécessité d'équiper le personnel chargé de la surveillance à domicile : *Toute maternité, ou centre périnatal ou équipe de surveillance à domicile devrait disposer de cet appareil.* [1]

Le seul problème décrit dans l'utilisation du bilirubinomètre transcutané est le risque de sous-estimation de l'ictère notamment lors d'une hémolyse massive ou de taux trop élevé de bilirubine.

Une vérification par un dosage sanguin est nécessaire lorsque la mesure transcutanée avoisine la valeur seuil de photothérapie. La marge d'erreur entre les mesures transcutanée et sanguine est variable.

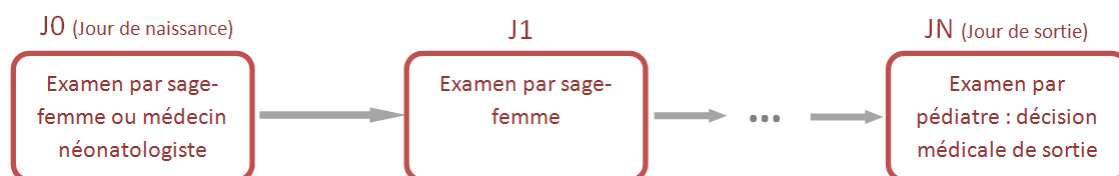
2.3.4. Le dosage sanguin [9][15]

Le dosage sanguin reste la référence pour le diagnostic et, en particulier pour la mise sous traitement.

2.4. Le rôle du personnel médical dans le suivi de l'ictère

2.4.1. Surveillance de l'enfant en maternité

La surveillance de l'enfant au cours de l'hospitalisation en secteur mère-enfant se fait par différents professionnels (sages-femmes, pédiatres, auxiliaires de puériculture...).



Surveillance de l'enfant au cours de l'hospitalisation en secteur mère-enfant à la MRAP

2.4.2. Continuité des soins au nouveau-né lors de son retour à domicile [1][10]

La qualité de ce relai entre tous les acteurs est indispensable dans le cadre d'un RPAD.

Un suivi à domicile par un personnel compétent s'avère indispensable pour assurer une continuité des soins à l'enfant lors de son retour à domicile et, de ce fait, éviter une rupture dans le maintien du suivi.

Ainsi, sages-femmes, médecins, pédiatres, personnels de la protection maternelle et infantile (PMI) deviennent acteurs principaux du suivi à domicile.

Certaines structures, publiques ou privées, ont été créées, principalement en Ile de France, à Lyon et à Grenoble pour assurer un suivi du nouveau-né à domicile mais elles restent encore hétérogènes sur le territoire français. Depuis fin 2008, une structure adaptée s'instaure dans l'agglomération nancéienne.

Il est rappelé que la PMI n'a pas réglementairement cette mission de diagnostic et de soins curatifs et que, de plus, elle n'a pas partout les moyens en effectifs compétents.

Selon l'HAS, *la sage-femme est un professionnel de choix pour accompagner la femme dans son projet de naissance [1]*. La sage-femme libérale peut devenir, de ce fait, un intervenant de qualité lors d'un RPAD.

3. L'ACTIVITE LIBERALE DES SAGES-FEMMES DE LA REGION NANCEIENNE

3.1. Evolution et démographie des sages-femmes libérales durant les dernières années [17][18]

Malgré un nombre de naissance relativement stable dans l'agglomération nancéienne, l'activité des sages-femmes libérales a beaucoup évolué. Le nombre de sages-femmes libérales installées en Meurthe-et-Moselle a doublé en 2 ans. Début 2009, nous comptabilisons 27 sages-femmes libérales en Meurthe-et-Moselle.

En ce qui concerne le périmètre d'intervention de l'HADAN, 24 sages-femmes ont été comptabilisées.

3.2. Formation continue et sages-femmes libérales [19][20]

Obligation déontologique, la formation médicale continue permet d'optimiser et de réactualiser les connaissances de chacun. Le but est d'assurer « des soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né ».

Le statut libéral n'exclue pas ce devoir. Dans ce cas, les sages-femmes libérales participent obligatoirement au financement de leur formation, qu'elle soit conventionnée ou non (acteurs différents).

Ainsi, une sage-femme libérale doit être en mesure de prodiguer des soins en adéquation avec le mode de suivi actuel de l'ictère néonatal.

A noter que chaque sage-femme conventionnée reçoit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie [CPAM] une indemnisation de 15 euros par jour depuis le 21 décembre 2007, cette indemnité ne permettant pas de remplacer le manque à gagner d'une journée d'activité.

3.3. Financement de l'activité libérale [20][21][22]

La Convention Nationale des sages-femmes a été conclue le 11 octobre 2007 entre, d'une part, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, et d'autre part, l'Union Nationale des Syndicats de sages-femmes françaises et l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes. La cotation des actes représente véritablement et symboliquement la valeur du travail effectué.

En résumé, plus la sage-femme libérale travaille, plus ses prestations auprès de la CPAM seront élevées.

A noter que l'ensemble du versement de la CPAM contribue au salaire de l'intéressée, aux frais liés à l'activité (location des locaux, matériel, assurance, formation continue...).

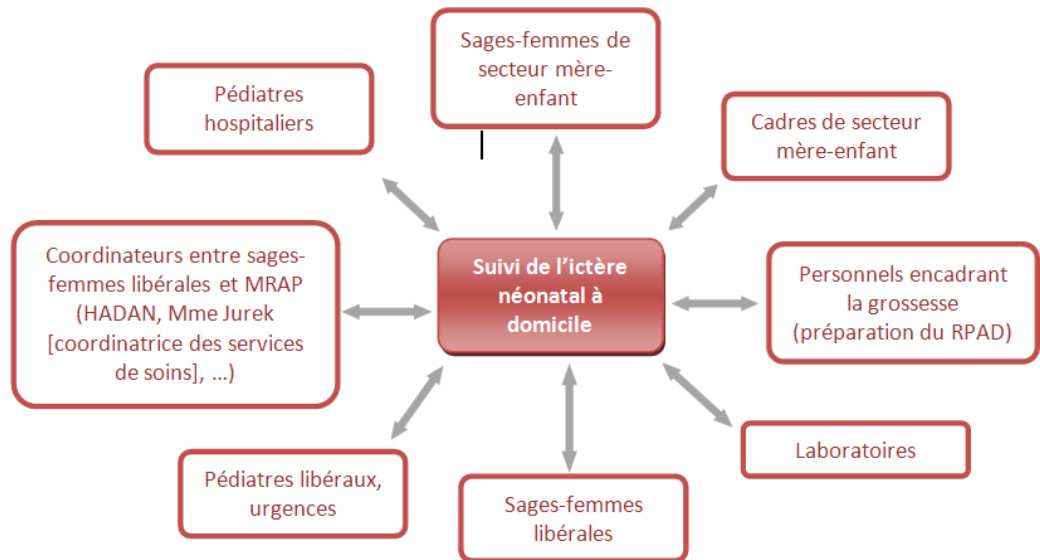
3.4. Les sages-femmes libérales face au RPAD [1][10][12]

L'Académie Nationale de Médecine souligne que le raccourcissement actuel des hospitalisations après accouchement est susceptible de perturber la continuité de la surveillance de l'ictère. Aussi souhaite-t-elle que soient diffusées à l'ensemble des professionnels de santé appelé à une prise en charge du nouveau-né dans les premiers jours de la vie des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses. Ces instructions doivent plus particulièrement viser les équipes assurant l'hospitalisation à domicile des suites obstétricales.

Sur l'agglomération nancéienne, elle concerne donc les sages-femmes libérales qui ont été désignées pour assurer le suivi des RPAD.

4. L'INSTAURATION DU RESEAU MRAP / SAGES-FEMMES LIBERALES

4.1. Les acteurs du réseau



Les différents acteurs intervenant directement ou indirectement dans le suivi du nouveau-né lors du RPAD

4.2. Les actions entreprises

Afin de garantir une qualité de relais lors d'un RPAD, la MRAP a mis en place diverses mesures.

La qualité du relais entre les professionnels agissant à la maternité et à domicile est fondamentale dans le cadre du RPAD.

L'équipe assurant le relais à domicile doit être prévenue et en accord.

4.2.1. La fiche de liaison [1]

Un document de liaison spécifique comprenant les éléments utiles au suivi après retour précoce, conforme à la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile, doit être remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.

En ce qui concerne la MRAP, une fiche de liaison a été mise en place depuis 2006. Elle fournit, dès le retour à la maison de la mère et de son enfant, les informations nécessaires au suivi à domicile par la sage-femme libérale.

La sage-femme de SME rédige cette fiche de liaison en y apportant les éléments nécessaires au suivi de l'enfant et de la mère. Elle est destinée à la sage-femme libérale qui assurera le suivi à domicile.

En revanche, la remise de ce document n'est soumise à aucune convention signée entre la MRAP et les sages-femmes libérales. Il s'intègre dans un accord oral.

⇒ Annexe 3

4.2.2. Le contact téléphonique

Il est d'habitude de contacter la sage-femme libérale assurant le relais de la prise en charge de la mère et de son enfant.

L'appel téléphonique est complémentaire à la fiche de liaison. Il permet d'organiser le premier rendez-vous à domicile entre la mère et la sage-femme libérale.

De même que pour la fiche de liaison, aucune convention n'est signée entre la MRAP et les sages-femmes libérales.

Le matin de la sortie, la sage-femme de SME appelle la sage-femme libérale pour lui indiquer les modalités du suivi à domicile.

4.2.3. Le choix de la sage-femme libérale

Si la patiente est déjà suivie par une sage-femme libérale durant la période anténatale, elle pourra continuer ce suivi après l'accouchement.

Le cas échéant, à défaut de liste officielle fournie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de mises à jour des Pages Jaunes, une liste des sages-femmes libérales pouvant être contactées par le service mère-enfant est à disposition des patientes. Ces dernières sont libres de choisir la sage-femme qui assurera le relais du suivi à domicile (après concertation de l'intéressée).

Il est cependant important de remarquer que la population de sages-femmes libérales de la région nancéenne évolue rapidement. Il est alors difficile de maintenir une liste exhaustive. Le respect de la déontologie dans l'exercice de la profession pouvant alors être remis en question, il a été demandé aux sages-femmes libérales de s'organiser afin d'établir une liste exhaustive.

⇒ Annexes 4 et 5

4.2.4. Les accords avec le laboratoire de la MRAP

Si un contrôle sanguin de la bilirubine s'avère nécessaire après le RPAD, le laboratoire de la MRAP peut toutefois être sollicité.

Aucune convention n'est fixée entre le laboratoire de la MRAP et les sages-femmes libérales. Un accord oral a cependant été conclu.

En pratique, un partenariat entre le laboratoire de la MRAP et les sages-femmes libérales existe depuis un an environ. En 2008, 12 mesures de bilirubine ont été demandées par les sages-femmes libérales.

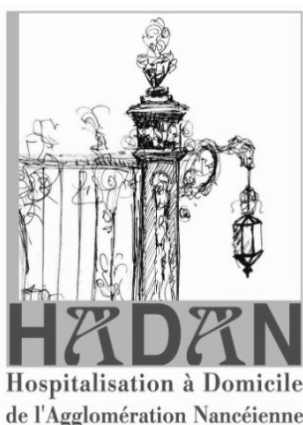
4.2.5. Les accords avec le service de néonatalogie lors de ré hospitalisation

De même qu'avec le laboratoire, aucune convention n'est fixée pour les ré hospitalisations des nouveau-nés. Cependant, le service de néonatalogie de la MRAP assure le suivi des ictères pathologiques lorsque les nouveau-nés sont réorientés vers celle-ci.

4.3. Projets en cours et projets futurs

Fin 2008, un partenariat s'instaure entre la MRAP et l'HADAN.

4.3.1. L'HADAN (Hospitalisation à domicile de l'agglomération nancéienne) [23][24][25]



Association loi 1901, l'hospitalisation à domicile consiste à délivrer des soins de niveau hospitalier, au domicile du patient.

L'Hospitalisation A Domicile [HAD] permet ainsi le retour à domicile plus rapide de patients le souhaitant sans pour autant faire de concession à la qualité de la prise en charge. Les libéraux préfèrent le soutien d'une admission en HAD, à une sortie inopinée, mal préparée, dont la continuité des soins est aléatoire. Cela permet de planifier les dates de sorties, de mieux répartir les rôles et de mieux faire circuler l'information.

La structure se compose d'un médecin coordinateur (Dr Di Santolo), d'un coordinateur des soins (Mme A. Ducret – cadre infirmière) et d'un réseau de

professionnels libéraux (infirmières, kinésithérapeutes, médecins traitants, diététiciens...).

Le choix de l'HADAN a été de travailler avec un réseau de professionnels ayant conservés leur statut libéral (l'HADAN n'emploie pas son propre personnel soignant). L'un des avantages est le libre choix du patient, afin qu'il puisse conserver ses interlocuteurs libéraux habituels.

La structure se compare à un « chef d'orchestre ». Elle se charge de la coordination et de l'organisation des soins.

Son point fort est la présence d'une permanence 24h sur 24, 7 jours sur 7, contrairement à l'exercice libéral classique.

Le secteur d'intervention des professionnels libéraux rattachés à l'HADAN est fonction du temps de déplacement depuis le siège de Vandoeuvre, mais ces critères restent souples (30 minutes de trajet en voiture depuis Vandoeuvre maximum).



4.3.2. Le réseau MRAP / HADAN

La MRAP travaille en collaboration avec l'HADAN depuis quelques temps.

L'objectif est d'établir la continuité des soins aux patientes de la MRAP lors d'un RPAD, lorsque la surveillance d'une pathologie maternelle est recommandée. Dès janvier 2009, un travail de collaboration MRAP / HADAN et HADAN / sages-femmes libérales permettra la mise en place d'un suivi des patientes lors des RPAD. L'HADAN servira d'interlocuteur, entre autre, entre la MRAP et les sages-femmes libérales.

Pour assurer un relais efficace à la sortie de maternité, un poste de sage-femme coordinatrice, occupé par M.J. Huon, a été créé au sein de l'HADAN. Son rôle est de coordonner la sortie de maternité et d'assurer une prise en charge optimal dès le retour à domicile.

Ainsi, lorsqu'une sage-femme travaillant en secteur mère-enfant de la MRAP souhaitera organiser un RPAD, elle s'adressera à l'HADAN. Par le biais de la sage-femme coordinatrice, l'HADAN organisera un suivi à domicile par une sage-femme libérale collaboratrice.



Les démarches de RPAD seraient facilitées pour la sage-femme de la MRAP d'un point de vue logistique (appel de l'HADAN, un seul interlocuteur) mais également d'un point de vue déontologique (choix de la sage-femme libérale assurant le relais à domicile).

De plus, contrairement à la situation actuelle où le RPAD s'organise uniquement avec la sage-femme libérale, une astreinte 24h sur 24, 7 jours sur 7 sera disponible.

Aucun investissement financier ne sera amené de la part de la MRAP, autre la participation à l'achat des bilirubinomètres.

✓ La convention :

Suite à la convention qui sera signée entre l'ensemble des collaborateurs de l'HADAN, des documents de liaison seront créés. Une fiche de liaison unique permettra le recueil des données du dossier médical.

Le RPAD étant un projet devant se construire dès la grossesse, des plaquettes d'information sur l'HADAN devraient être distribuées dans les services de consultations. Le moment opportun pour la patiente et le couple pour introduire la notion de RPAD semble être au cours de l'EPI.

Dans la convention, le principe de partenariat entre le laboratoire de la MRAP et les sages-femmes libérales pour le suivi de l'ictère devrait être conservé. Il en est de même pour les ré hospitalisations en néonatalogie en cas d'ictère trop intense.

Dans un souci de devoir médical, la convention introduira la notion de formation médicale continue [FMC], en invitant les sages-femmes à participer au staff, ainsi qu'en organisant des formations régulières (bénéfice de la structure hospitalière).

Afin de faciliter la surveillance de l'ictère par la sage-femme libérale, la MRAP va contribuer à l'achat de 5 bilirubinomètres qui seront mis à leur disposition.

Enfin, la convention inclue la notion de lettre de retour. En effet, la MRAP devrait recevoir un courrier d'informations sur le déroulement de l'HAD par la sage-femme libérale.

Partie 2

Etude réalisée

1. GENERALITES CONCERNANT L'ENQUETE

Depuis 2006, la durée moyenne du séjour tend à diminuer tant au niveau national que local. Face aux données statistiques françaises et à la réapparition de l'ictère nucléaire aux Etats-Unis et au Canada, diverses recommandations ont été proposées par l'HAS.

D'un point de vue plus local, certaines mesures ont été entreprises de la part de la MRAP afin de garantir une qualité du suivi des couples mère-enfant à domicile. Les professionnels désignés pour intervenir quotidiennement à domicile ont été les sages-femmes libérales.

Deux ans après la mise en place des sorties précoces, l'évaluation de la surveillance de l'ictère néonatal à domicile peut s'avérer intéressante.

Ainsi, le thème de l'étude est « évaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la MRAP ».

1.1. Description de l'étude

L'étude porte sur une enquête de satisfaction des sages-femmes libérales en relation avec la MRAP. Celles-ci assurent un suivi post-natal dans le cadre d'un RPAD.

Un questionnaire a ainsi été envoyé aux sages-femmes libérales.

Par l'intermédiaire de différentes questions, nous avons ainsi pu mettre en évidence différentes caractéristiques concernant le suivi de l'ictère, tant sur le plan des connaissances que des conduites à tenir.

Ces résultats pourront par la suite être comparés aux recommandations HAS de mai 2004.

1.2. Les objectifs de l'étude

Les questionnements de mon étude sont les suivants

- ✓ La satisfaction concernant les moyens mis en place entre les sages-femmes libérales et la MRAP : manque d'informations, satisfaction des renseignements...
- ✓ Les demandes des sages-femmes libérales pour améliorer la prise en charge du suivi de l'ictère
- ✓ Les connaissances des sages-femmes libérales et leurs demandes face au suivi de l'ictère (suivi, dépistage...)
- ✓ Les moyens dont disposent les sages-femmes libérales pour dépister un ictère pathologique

Afin de

- ✓ Permettre ou faciliter une mise à jour des connaissances des sages-femmes libérales
- ✓ Faciliter les relations entre la MRAP et les sages-femmes libérales (continuité du dossier médical)
- ✓ Essayer de mettre à disposition plus de moyens paracliniques aux sages-femmes libérales pour dépister l'ictère pathologique (bilirubinomètre)
- ✓ Favoriser l'établissement du lien entre les sages-femmes libérales et leur patiente avant l'accouchement
- ✓ Evaluer les pratiques du suivi de l'ictère des sages-femmes libérales
- ✓ Evaluer les pratiques face aux recommandations HAS

1.3. La population enquêtée

Le principe est d'enquêter sur la population de sages-femmes libérales exerçant dans l'agglomération nancéienne, conformément à la cartographie de l'HADAN (page 27).

Ce sont ces sages-femmes qui assurent le suivi des nouveau-nés après le retour à domicile.

Il a fallu recruter la population de deux façons différentes :

- ✓ Les sages-femmes libérales contactées par les sages-femmes de la MRAP (patiente non connue avant la sortie)

- ✓ Les sages-femmes contactées auparavant par les patientes au cours de la grossesse.

Au total, 24 sages-femmes ont été retenues. Ce nombre étant peu important dans le cadre d'une étude statistique, les résultats seront interprétés en chiffres et non en pourcentages, une faible variation d'effectif pouvant entraîner une grande variation de pourcentage.

⇒ Annexe 6

Une question filtre au début du questionnaire a permis de s'assurer de la population visée et d'en écarter les critères d'exclusion qui sont l'absence de suivi des nouveau-nés de la MRAP lors des RPAD.

1.4. Méthodologie

1.4.1. Le support

L'étude s'est faite à partir d'un questionnaire présenté sous forme papier. Ce questionnaire a été envoyé à chaque sage-femme libérale ciblée.

1.4.2. L'accroche

Une lettre de présentation de l'étude a été envoyée en même temps que le questionnaire afin de préciser et de définir les critères de sorties précoces retenue dans l'étude.

⇒ Annexe 7

1.4.3. Le questionnaire

Il est composé de 17 questions réparties sur 3 pages. Il comporte des questions à choix multiples, des questions ouvertes, des questions en ligne...

⇒ Annexe 8

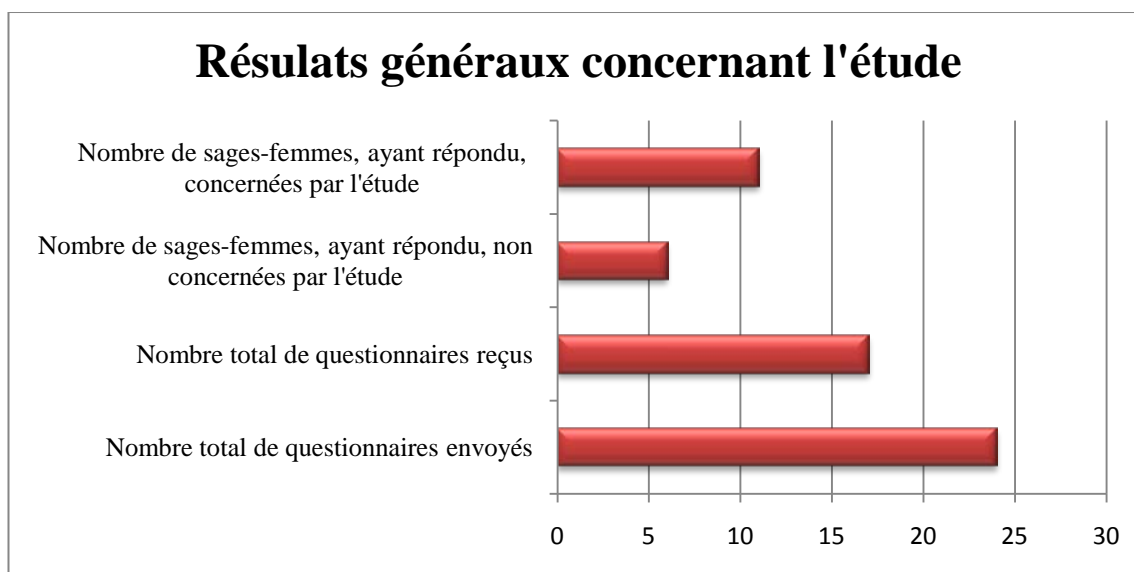
Les questionnaires ont été envoyés la dernière semaine du mois d'octobre 2008. Le retour se sont faits jusqu'à la première semaine du mois de janvier 2009. Il n'y a pas eu de relance du fait de la participation étonnement satisfaisante des sages-femmes libérales.

A noter qu'une enveloppe timbrée de retour a été mise à disposition lors de l'envoi du questionnaire.

2. RESULTATS DE L'ENQUETE

Résultats généraux concernant l'étude

Nombre total de questionnaires envoyés	24
Nombre total de questionnaires reçus	17
Nombre total de questionnaires non reçus	7
Nombre de sages-femmes, ayant répondu, non concernées par l'étude	6
Nombre de sages-femmes, ayant répondu, concernées par l'étude	11



La participation de 70 % des sages-femmes contactées a contribué à la réalisation de l'étude. Ce taux s'avère satisfaisant car il avoisine souvent 30 % de participation dans la plupart des études.

Question 1

Assurez-vous un suivi des nouveau-nés de la Maternité Régionale A. Pinard lors des retours précoces à domicile ?

Q1	
Nombre de sages-femmes suivant des nouveau-nés de la MRAP lors des retours précoces à domicile	Nombre de sages-femmes n'en suivant pas
11	6

Pourcentage de réponses à cette question 100 %

Sur l'agglomération nancéienne et ses environs, 11 sages-femmes ayant répondu au questionnaire assurent un suivi des nouveau-nés ictériques lors des RPAD.

Question 2

a) En moyenne, combien d'enfants ictériques en provenance de la Maternité Régionale A. Pinard surveillez-vous par semaine ?

Q2.a	
Nombre d'enfants surveillés (par semaine)	Nombre de sages-femmes
<1	3
1	4
2 à 3	2
Sans réponse ou ininterprétable	2

pourcentage de réponses à cette question 82 %

Le nombre d'enfants ictériques surveillés varie entre moins de 1 par semaine à maximum 3 par semaine selon les sages-femmes.

b) Nombre total d'enfants surveillés par semaine (ictériques ou non) et par sage-femme

Q2.b	
Nombre d'enfants surveillés (par semaine et par sage-femme)	Nombre de sages-femmes
1	2
2	1
5	4
10	1
Sans réponse	3

pourcentage de réponses à cette question 72 %

Le nombre total d'enfants surveillés varie de 1 à 10 par semaine suivant la sage-femme libérale.

Globalement, 20 à 40 % des nouveau-nés suivis par les sages-femmes libérales participant à cette étude sont des nouveau-nés ictériques en provenance de la MRAP après un RPAD.

c) En moyenne, à quelle fréquence surveillez-vous des nouveau-nés ictériques en provenance de la Maternité Régionale de Nancy en sortie précoce ? (nombre de visites par jour par exemple)

Q2.c	
Fréquence des visites	Nombre de sages-femmes
1 fois / jour	5
1 à 2 fois / jour	4

Pourcentage de réponses à cette question 82 %

La fréquence des visites à domicile varie de 1 à 2 fois par jour, en fonction de l'intensité de l'ictère et de la sage-femme libérale.

Question 3

a) Avez-vous des contacts avec la Maternité Régionale (notamment du secteur mère-enfant) lors de votre activité de suivi à domicile pour ce type de patient ?

Q3.a	
Nombre de sages-femmes libérales ayant des contacts	Nombre de sages-femmes n'en ayant pas
11	0

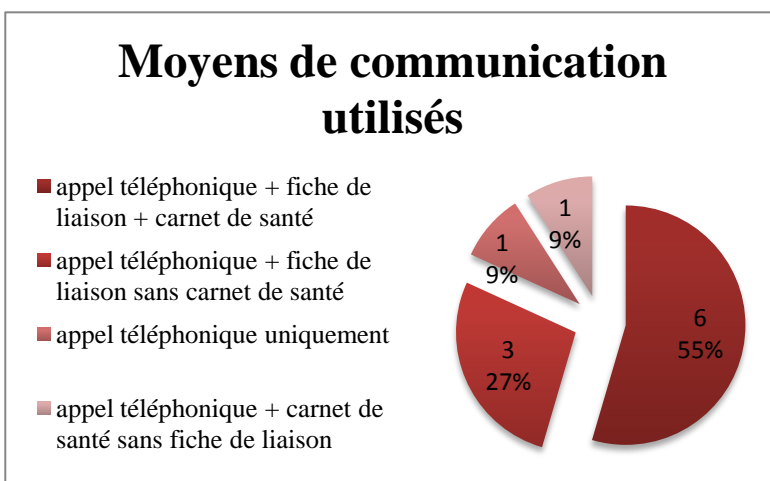
pourcentage de réponses à cette question 100 %

Toutes les sages-femmes libérales ayant répondu positivement au questionnaire ont un contact avec la MRAP au cours du suivi d'un nouveau-né lors d'un RPAD.

b) Si oui, quel (s) moyen (s) de communication utilisez-vous ?

Moyens de communication utilisés	Nombre de sages-femmes
Appel téléphonique et fiche de liaison	9
Fiche de liaison uniquement	0
Appel téléphonique uniquement	1
Carnet de santé de l'enfant	6
Autres	1 (un écrit de la sage-femme de SME)

pourcentage de réponses à cette question 100 %



9 sages-femmes sur 11 déclarent utiliser la fiche de liaison et l'appel téléphonique comme moyens de communication avec la MRAP.

1 sage-femme déclare utiliser uniquement l'appel téléphonique comme moyen de communication avec la MRAP.

6 sages-femmes déclarent utiliser le carnet de santé du nouveau-né au cours du suivi.

5 sages-femmes sur 11 déclarent utiliser simultanément la fiche de liaison, l'appel téléphonique et le carnet de santé du nouveau-né comme moyen de communication.

1 sage-femme déclare recevoir parfois un écrit de la part de la sage-femme de secteur mère-enfant (complémentaire à l'appel téléphonique et au carnet de santé).

L'utilisation des moyens de communication entre la MRAP et la sage-femme libérale retenue sont donc hétérogènes.

c) Ces informations sont

Q3.c	
Qualité des informations	Nombre de sages-femmes
Très satisfaisantes	1
Satisfaisantes	5
Moyennement satisfaisantes	5
Non satisfaisantes	0

pourcentage de réponses à cette question 100 %

4 sages-femmes sur 6, satisfaites et très satisfaites, déclarent utiliser les trois supports de communication lors du suivi du nouveau-né.

1 sage-femme satisfaite utilise uniquement l'appel téléphonique.

3 sages-femmes sur 4, moyennement satisfaites, déclarent ne pas utiliser le carnet de santé du nouveau-né.

1 sage-femme sur 4, moyennement satisfaites, déclarent utiliser les trois supports de communication lors du suivi du nouveau-né.

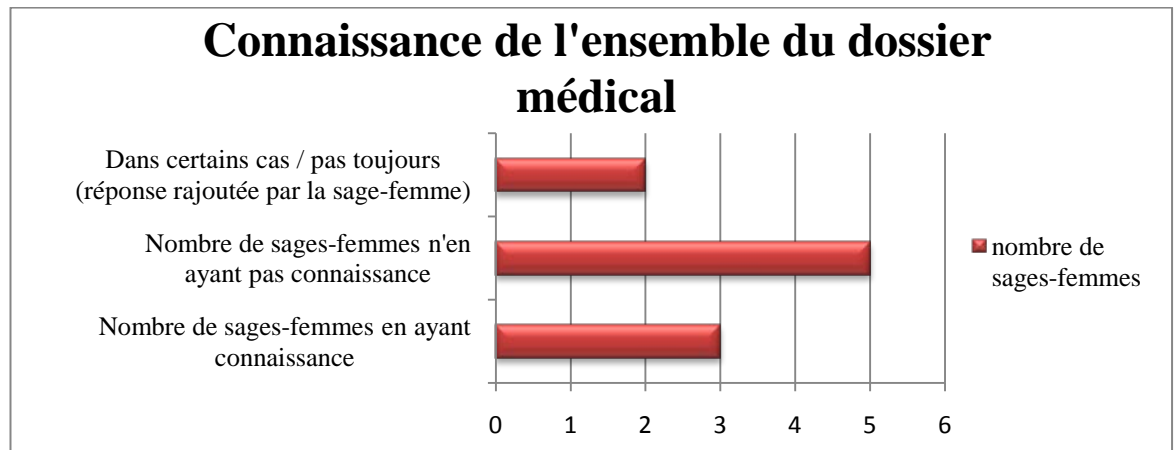
L'utilisation de plus de moyens de communication par les sages-femmes libérales moyennement satisfaites des informations permettrait-il d'améliorer leur satisfaction ?

Question 4

Avez-vous connaissance de l'ensemble du dossier de l'enfant (antécédents familiaux, évolution de la grossesse, accouchement, hospitalisation en secteur mère-enfant) lors de son retour à domicile ?

Q4			
Nombre de sages-femmes en ayant connaissance	Nombre de sages-femmes n'en ayant pas connaissance	Dans certains cas / pas toujours (réponse complétée)	ininterprétable
3	5	2	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %



4 sages-femmes sur 6, satisfaites et très satisfaites, déclarent ne pas connaître l'ensemble du dossier médical du nouveau-né.

2 sages-femmes sur 6, satisfaites et très satisfaites, déclarent avoir connaissance de l'ensemble du dossier médical.

1 sage-femme sur 4, moyennement satisfaite, déclare ne pas avoir toujours connaissance ou ne pas avoir l'ensemble du dossier médical.

La satisfaction des informations ne dépend pas de la connaissance de l'ensemble du dossier médical. En revanche l'insatisfaction des informations pourrait être liée à la non connaissance de l'ensemble du dossier médical.

Question 5

Toutes ces données mentionnées sont-elles intéressantes pour la surveillance de l'enfant ?

Q5	
Nombre de sages-femmes trouvant les données mentionnées intéressantes	Nombre de sages-femmes ne le trouvant pas
10	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %

La sage-femme n'a pas justifié le manque d'intérêt de certaines données mentionnées. Elle ne dispose pas de l'ensemble du dossier médical et déclarent ces données moyennement satisfaisantes.

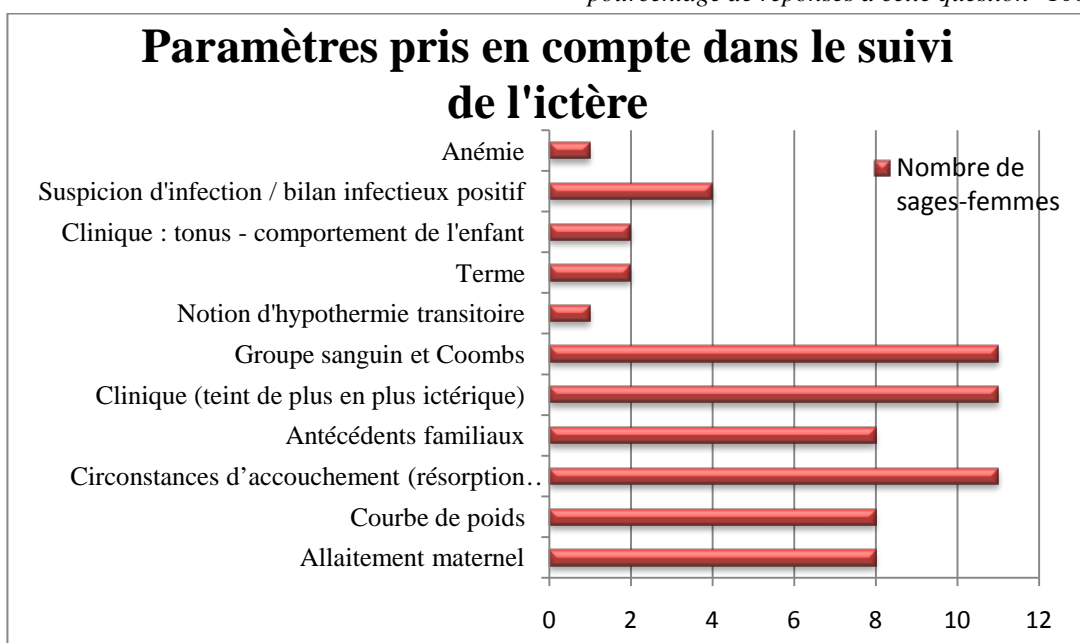
Les données mentionnées sont intéressantes pour la surveillance de l'enfant pour 10 sages-femmes sur 11.

Question 6

Cochez les paramètres que vous avez l'habitude de prendre en compte dans le suivi de l'ictère néonatal

Q6	
Paramètres	Nombre de sages-femmes
Allaitement maternel	8
Courbe de poids	8
Circonstances d'accouchement (résorption d'hématome)	11
Antécédents familiaux	8
Clinique (teint de plus en plus ictérique)	11
Groupe sanguin et Coombs	11
Autres	6
Sans réponse	0
Autres réponses proposées par les sages-femmes	
Notion d'hypothermie transitoire	1
Terme	2
clinique : tonus - comportement de l'enfant	2
suspicion d'infection / bilan infectieux positif	4
anémie	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %



Seuls 3 paramètres, qui sont les circonstances d'accouchement, la clinique et les résultats de groupe sanguin et Coombs, sont utilisés par toutes les sages-femmes.

Les sages-femmes libérales, satisfaites et très satisfaites des informations transmises, utilisent facilement l'ensemble des données et se satisfont de ces données.

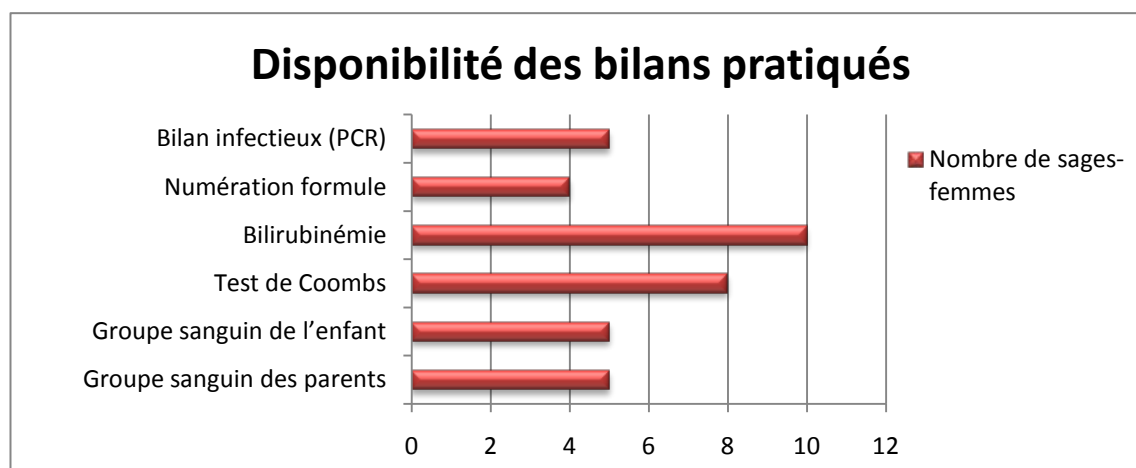
Celles qui sont plus difficilement satisfaites n'utilisent qu'une partie des informations transmises et recherchent d'autres données.

Question 7

a) Bénéficiez-vous des résultats des bilans pratiqués durant l'hospitalisation en secteur mère-enfant tels que

Bilans	Oui	Non	Remarques
Groupe sanguin des parents	5	2	uniquement GS de la mère : 3
Groupe sanguin de l'enfant	5	4	pas toujours : 1
Test de Coombs	8	2	0
Bilirubinémie	10	0	0
Numération formule	4	6	0
Bilan infectieux (PCR)	5	4	pas toujours : 1
Autres	1	« ça dépend de la sage-femme de SME »	

pourcentage de réponses à cette question 100 %



1 sage-femme libérale déclare que les résultats renseignés « dépendent de la sage-femme de secteur mère-enfant ».

1 sage-femme libérale déclare également que « le dossier transmis est souvent incomplet et qu'elle se doit de téléphoner à la sage-femme du secteur mère-enfant pour obtenir les renseignements manquants ».

4 sages-femmes libérales sur 11 déclarent recevoir l'ensemble des résultats des examens.

La valeur de la bilirubinémie et du test de Coombs sont les valeurs les plus transmises aux sages-femmes libérales.

La multiplication du nombre de documents de liaison utilisés n'entraîne pas de façon évidente une multiplication du nombre de données disponibles.

b) Ces renseignements vous semblent-ils tous pertinents ?

Q7.b	
Nombre de sages-femmes trouvant ces renseignements pertinents	Nombre de sages-femmes ne le trouvant pas
11	0

pourcentage de réponses à cette question 100 %

Ces renseignements semblent pertinents pour toutes les sages-femmes libérales.

Question 8

En l'absence de bilirubinométrie transcutanée (flash), sur quels critères vous basez-vous pour prescrire une mesure sanguine ?

Q8	
Critères utilisés pour prescrire une mesure sanguine	Nombre de sages-femmes
Valeurs des examens avant la sortie de maternité	11
Teint de plus en plus ictérique	11
Evolution de la courbe de poids	8
Comportement de l'enfant	11
Test de Coombs	8
Autres	2
Autres réponses proposées par les sages-femmes	
Toute la clinique et la paraclinique dont on dispose	1
Conduite de l'allaitement maternel	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %

3 critères apparaissent comme décisifs chez les sages-femmes libérales : la valeur des examens avant la sortie de maternité, le teint de plus en plus ictérique et le comportement de l'enfant.

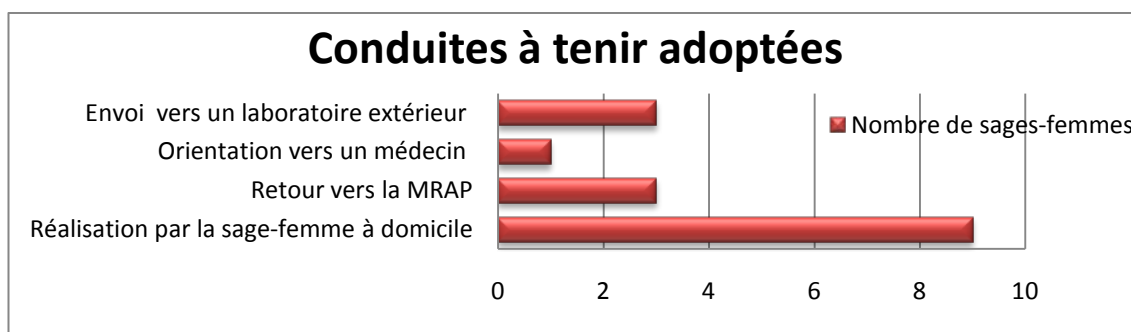
Une cohérence des différents critères se retrouve pour les différents facteurs retenus dans la surveillance de l'ictère néonatal (question 6).

Question 9

a) Quelles conduites à tenir adoptez-vous lorsqu'un enfant est ictérique et nécessite une surveillance particulière?

Q9.a	
Conduites à tenir	Nombre de sages-femmes
Réalisation d'un prélèvement sanguin par la sage-femme à domicile	9
Retour vers la Maternité Régionale A. Pinard	3
Orientation vers un médecin (Pédiatre, généraliste)	1
Envoi de l'enfant vers un laboratoire extérieur (qui réalise le prélèvement)	3
Autres	0

pourcentage de réponses cette question 100,00%



7 sages-femmes sur 11 réalisent uniquement les prélèvements par elle-même et à domicile.

2 sages-femmes sur 11 ne réalisent pas le prélèvement. Elles orientent le nouveau-né vers la MRAP ou un laboratoire extérieur.

1 sage-femme sur 11 réalise le prélèvement elle-même ou oriente le nouveau-né vers un laboratoire extérieur.

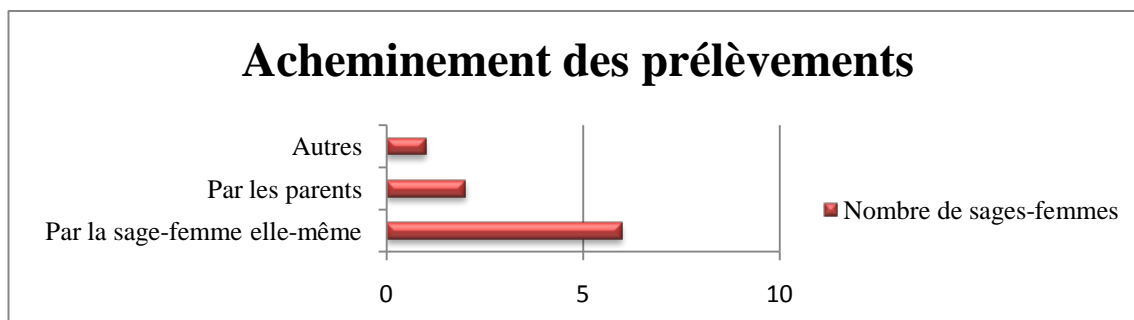
1 sage-femme sur 11 réalise le prélèvement elle-même ou oriente le nouveau-né vers un médecin traitant ou la MRAP.

Les pratiques devant la nécessité d'une surveillance particulière diffèrent pleinement en fonction de chaque sage-femme libérale. La généralité est cependant la pratique du prélèvement à domicile.

b) Si vous réalisez vous-même le prélèvement, comment est - il acheminé au laboratoire ?

Q9.b	
Acheminement	Nombre de sages-femmes
Par la sage-femme elle-même	6
Par les parents	2
Autres	1 (par un coursier)
Sans réponse	2

pourcentage de réponses à cette question 78 %



5 sages-femmes sur 9 déclarent apporter elle-même les prélèvements au laboratoire (à chaque prélèvement).

1 sage-femme sur 9 demande aux parents d'apporter le prélèvement au laboratoire.

1 sage-femme sur 9 demande aux parents d'apporter le prélèvement au laboratoire ou l'achemine elle-même ou l'achemine par l'intermédiaire d'un coursier.

Les pratiques d'acheminement des prélèvements diffèrent pleinement en fonction de chaque sage-femme libérale. La généralité est cependant l'acheminement du prélèvement par la sage-femme libérale elle-même.

Question 10

Utilisez-vous des courbes de photothérapie pour interpréter les résultats sanguins?

Q10	
Nombre de sages-femmes utilisant les courbes de photothérapie pour interpréter les résultats sanguins	Nombre de sages-femmes ne les utilisant pas
11	0

pourcentage de réponses à cette question 100 %

2 sages-femmes n'ont pas précisé le nom de la courbe utilisée.

Toutes les sages-femmes utilisent des courbes de photothérapie pour interpréter les résultats sanguins

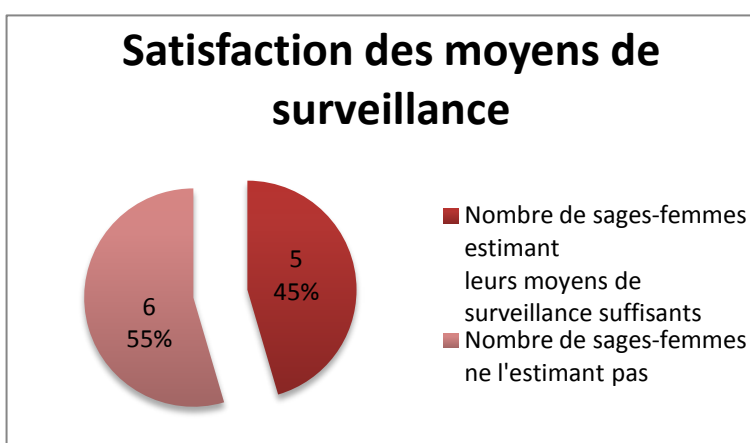
Au minimum, 9 sages-femmes sur 11 se servent de la courbe de photothérapie utilisée à la MRAP.

Question 11

Estimez-vous vos moyens de surveillance suffisants ?

Q11	
Nombre de sages-femmes estimant leurs moyens de surveillance suffisants	Nombre de sages-femmes ne l'estimant pas
5	6

pourcentage de réponses à cette question 100,00%



5 sages-femmes sur 11 estiment les moyens de surveillance de l'ictère néonatal insuffisants.

Propositions pour améliorer les moyens de surveillance	Nombre de sages-femmes faisant cette proposition
Mise à disposition d'un bilirubinomètre	7
Meilleures connaissances des bilans	1
Avoir à disposition plus de coursiers	1

1 sage-femme aimerait avoir à disposition un bilirubinomètre malgré la satisfaction de ses moyens de surveillance.

De manière générale, la mise à disposition d'un bilirubinomètre permettrait d'améliorer la surveillance du nouveau-né.

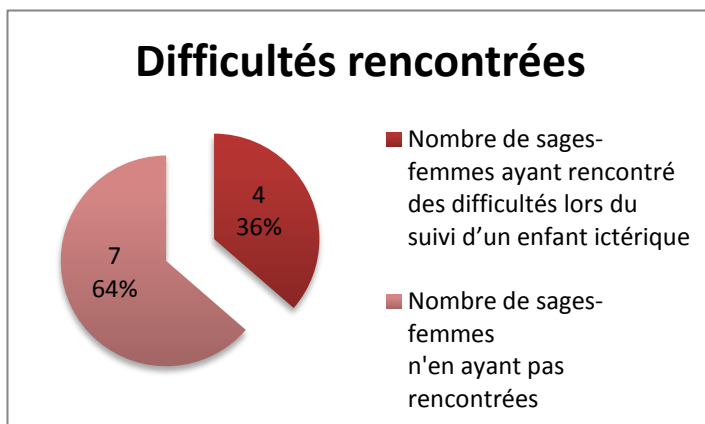
L'utilisation d'un plus grand nombre de critères semble donner une meilleure satisfaction des moyens de surveillance.

Question 12

Vous est-il arrivé de rencontrer des difficultés lors du suivi d'un enfant ictérique ?

Q12	
Nombre de sages-femmes ayant rencontré des difficultés	Nombre de sages-femmes n'en ayant pas rencontrées
4	7

pourcentage de réponses à cette question 100 %



4 sages-femmes sur 11 déclarent avoir déjà rencontré des difficultés lors du suivi d'un enfant ictérique.

Difficultés rencontrées	Nombre de sages-femmes
Parents ne souhaitant pas aller à la maternité (relations tendues avec le personnel de la MRAP)	1
Manque d'informations sur l'origine de l'ictère	1
Non précisés	2

Les difficultés rencontrées sont diverses et variées.

La moitié des sages-femmes, jugeant les moyens de surveillance suffisants, ont rencontré des difficultés lors du suivi d'un nouveau-né ictérique.

Question 13

Vers qui vous adressez-vous lorsqu'un enfant ictérique nécessite une prise en charge particulière ?

Q13	
Structure d'orientation	Nombre de sages-femmes
La Maternité Régionale A. Pinard	10
Le service d'urgences pédiatrique de l'hôpital d'enfant de Nancy	1
Autres	0

pourcentage de réponses à cette question 100 %

Service d'orientation	Nombre de sages-femmes
Néonatalogie de la MRAP	9
Réanimation de la MRAP	1
Urgences de l'hôpital d'enfants	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %

10 sages-femmes sur 11 orientent l'enfant ictérique vers la MRAP, en particulier vers le service de néonatalogie.

Question 14

Etes-vous satisfaite des possibilités vers lesquels vous pouvez vous adresser en cas de nécessité de suivi particulier ?

Q14	
Nombre de sages-femmes satisfaites	Nombre de sages-femmes non satisfaites
10	1

pourcentage de réponses à cette question 100 %

La sage-femme libérale insatisfaite précise : « la MRAP devrait avoir un service d'accueil pour l'hospitalisation des enfants sortis ».

A noter que cette sage-femme réoriente les nouveau-nés vers le service d'urgences de l'hôpital d'enfants de Brabois lorsqu'il nécessite une prise en charge particulière.

10 sages-femmes sur 11 sont satisfaites des possibilités de réorientation des nouveau-nés.

Question 15

Quelle (s) est (sont) votre (vos) expérience (s) antérieure (s) dans votre exercice de sage-femme : secteur public/privé ? dans quel service ? durée ?

Q15			
Questionnaire	Secteur et durée		
	public	privé	semi-public
A	SME (2 ans)	SdN (2 ans) SME (4 ans)	-
B	SME/SdN (2 ans)	-	-
C	-	-	-
D	SdN (18 mois) SME (6 mois)	-	-

E	-	SME (6 mois)	-
F	Néonatalogie (24 ans) SME (4 ans)	-	-
G	SdN (2 ans)	-	SdN/SME (4 ans)
H	-	-	SME/SdN/ gynécologie/ /Grossesses pathologiques
I	SME (18 ans)	-	-
J	SME/SdN/réanimation néonatale et adulte/ grossesses pathologiques/gynécologie (-)	-	-
K	-	-	-

pourcentage de réponses à cette question 82 %

Question 16

Pensez-vous que cette (ces) expérience (s) antérieure (s) vous est (sont) utile (s) pour la surveillance de l'ictère dans votre exercice libéral?

Q16	
Nombre de sages-femmes pensant que cette (ces) expérience(s) antérieure(s) leurs est(sont) utile(s)	Nombre de sages-femmes ne le pensant pas
10	0

pourcentage de réponses à cette question 91 %

Toutes les sages-femmes ayant répondu à cette question déclarent que leurs expériences professionnelles ultérieures ont été utiles pour la surveillance de l'ictère dans leur exercice libéral.

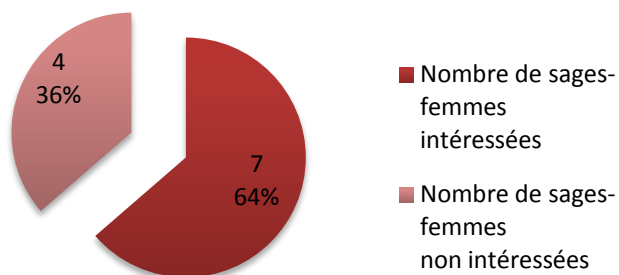
Question 17

Est-ce qu'une rencontre avec des professionnels qualifiés vous intéresserait afin d'approfondir vos connaissances ?

Q17	
Nombre de sages-femmes intéressées	Nombre de sages-femmes non intéressées
7	4
Attentes proposées	
Amélioration, affinement de la clinique Utilité de la photothérapie Informations sur l'origine de l'ictère Informations sur les risques de l'ictère	

pourcentage de réponses à cette question 100 %

Sages-femmes intéressées par une rencontre



7 sages-femmes déclarent être intéressées par une formation.

2 sages-femmes sur les 7 sages-femmes intéressées ont décrits leurs attentes. Les attentes des sages-femmes libérales portent sur l'ensemble des caractéristiques de l'ictère néonatal.

Evaluation des réponses précédentes en fonction de l'expérience professionnelle

Secteur mère-enfant et néonatalogie (2 sages-femmes)		
	Oui	Non
Moyens de surveillance suffisants	1	1
Difficultés rencontrées	-	2
Expérience professionnelle bénéfique	2	-
Intérêt d'une rencontre	-	2

Les 2 sages-femmes libérales ayant travaillé en néonatalogie (et en secteur mère-enfant) n'ont jamais rencontré de difficultés au cours du suivi d'un enfant ictérique et ne demandent pas de rencontre.

Secteur mère-enfant sans néonatalogie (6 sages-femmes)		
	Oui	Non
Moyens de surveillance suffisants	2	4
Difficultés rencontrées	3	3
Expérience professionnelle bénéfique	6	-
Intérêt d'une rencontre	5	1

Les sages-femmes libérales ayant travaillé en secteur mère-enfant mais n'ayant pas travaillé en néonatalogie rencontrent des difficultés lors du suivi d'un nouveau-né ictérique et demandent une rencontre avec des professionnels qualifiés.

Une rencontre avec un professionnel qualifié intéresse les sages-femmes ayant travaillé en secteur public comme en secteur privé. L'expérience du secteur privé et l'expérience du secteur public ont été bénéfiques aux sages-femmes libérales.

Partie 3

Analyse des résultats et discussion

Après avoir analysé les questionnaires, nous allons pouvoir confronter les résultats aux recommandations proposées par l'HAS en mai 2004. Ainsi, nous pourrons proposer certaines réponses et les confronter aux projets entrepris entre la MRAP, l'HADAN et les sages-femmes libérales.

1. LES POINTS FORTS RETENUS DANS L'ETUDE

1.1. La fréquence de l'ictère nucléaire

Tout d'abord, la non-augmentation de la fréquence de l'ictère nucléaire est l'un des points positifs qui reflète une qualité de prise en charge satisfaisante de façon générale.

En effet, en cas de recrudescence d'ictères nucléaires, comme cela aurait pu être craint, le bilan de cette expérience de RPAD aurait été négatif.

En ce qui concerne la MRAP, aucun cas d'ictère nucléaire n'a pu être relevé depuis la mise en place des RPAD, alors que la majorité des sages-femmes libérales chargée du suivi à domicile réoriente les nouveau-nés vers la MRAP en cas de doute.

Quels facteurs ont ainsi permis de maintenir ce taux aussi faible ?

1.2. La construction d'un projet de naissance

De par les pratiques et les questionnaires, nous avons pu nous rendre compte qu'une partie des patientes candidates au RPAD sont connues avant la naissance par leur sage-femme libérale, conformément aux recommandations HAS. Ces patientes disposent donc à la sortie de maternité de leur sage-femme libérale qui a déjà pu « anticiper » le RPAD en informant le couple des conditions nécessaires et en leur apportant des recommandations.

Une sage-femme libérale précise même que les nouveau-nés suivis en cas de RPAD « sont généralement des enfants dont elle suit la mère ».

Ainsi, conformément aux recommandations HAS, le RPAD s'organise dès la grossesse au sein de certains couples. En revanche, cette pratique n'est pas la généralité comme nous le décrirons ultérieurement. (Nous pouvons regretter le manque de chiffres concernant le nombre de patientes ayant rencontré une sage-femme libérale au cours de la grossesse par rapport à l'ensemble des patientes).

1.3. La qualité du relais

Le contact téléphonique entre la sage-femme de SME et la sage-femme libérale participe grandement à la transmission des informations et à la coordination du suivi, notamment pour la planification du premier rendez-vous à domicile.

La fiche de liaison participe également à la transmission des informations. Cependant, elle ne satisfait pas pleinement l'ensemble des sages-femmes libérales. (Rappelons que 5 sages-femmes libérales sur 11 ne sont que moyennement satisfaites des moyens de transmissions). L'amélioration de ce moyen de communication sera détaillée par la suite.

Ainsi, comme le préconise l'HAS, un document de liaison est utilisé pour assurer les transmissions à la sortie de maternité. L'ensemble des sages-femmes libérales dispose d'un document de liaison et d'un appel téléphonique pour assurer les transmissions. Le carnet de santé de l'enfant peut également être complémentaire. Mais nous pouvons regretter qu'il ne soit utilisé que par 6 sages-femmes libérales sur 11.

Enfin, la convention entre la MRAP, les sages-femmes libérales et l'HADAN en cours de signature permettra de détailler les souhaits de chacun et de les mettre en œuvre au travers notamment de la fiche de liaison spécifiquement établie en collaboration (décrite ultérieurement).

Ainsi, comme le recommande l'HAS, l'utilisation de documents communs pourront renforcer la collaboration et la cohérence des équipes.

1.4. La mise à disposition des résultats des examens avant la sortie de maternité

L'HAS recommande une transmission des résultats des examens complémentaires à la sage-femme libérale afin d'assurer le relais à domicile.

Malheureusement, seules 4 sages-femmes sur 11 déclarent recevoir l'ensemble de ces résultats.

Cependant, en ce qui concerne la surveillance de l'ictère, les sages-femmes libérales disposent de façon quasi systématique, des résultats de la bilirubinémie avant sortie. Mais ce critère de surveillance para clinique n'est pas le seul critère utile dans la surveillance de l'ictère néonatal. En revanche, dans le cadre d'une HAD avec

surveillance de l'absence d'ictère néonatal, il est demandé à la sage-femme de SME de transmettre la courbe de surveillance de la mesure de la bilirubine transcutanée.

1.5. L'organisation en pôle de naissances

A Nancy, un partenariat avec l'HADAN permettra d'organiser le suivi à domicile des nouveau-nés de façon plus simple et plus pragmatique.

Des rencontres entre la MRAP et les sages-femmes libérales, telles que les participations aux staffs hebdomadaires vont ainsi pouvoir favoriser les rencontres entre ces deux partis professionnels complémentaires (mardi matin pour le projet de suivi HAD anténatal prévu, jeudi soir pour les RPAD, éventuellement lors des staffs néonataux).

Ainsi, un véritable réseau ville-hôpital s'instaure.

1.6. Le bénéfice de la structure hospitalière

En instaurant une unité ville-hôpital, les sages-femmes libérales pourront bénéficier de formations complémentaires régulières.

Elles pourront ainsi maintenir leurs acquis et adapter leur mode d'exercice à ce nouveau réseau ville-hôpital. Rappelons que 7 sages-femmes libérales sur 11 sont intéressées par une rencontre, ce qui montre l'intérêt de celles-ci pour une formation et leur volonté de maintenir un niveau de compétence conforme aux données actuelles. Aucune formation sur ce sujet ne leur a été proposée à ce jour. Les formations seraient proposées par l'HADAN et par la MRAP. Aucune information n'a actuellement été concrétisée, leur organisation étant au point de projet.

Selon les résultats précédents, on remarque également que l'expérience professionnelle antérieure peut apporter un bénéfice dans l'exercice libéral notamment dans la surveillance du nouveau-né ictérique. Une rencontre avec les professionnels du milieu hospitalier permettrait ainsi d'apporter des informations sur la pratique de certaines formes d'exercice du métier de sages-femmes nécessaire au suivi de l'enfant ictérique (sages-femmes libérales pouvant passer une journée en SME ?).

La sage-femme libérale accède ainsi aux informations et aux pratiques du milieu hospitalier tout en restant indépendante.

1.7. La disponibilité de la sage-femme libérale

Il ressort clairement de l'étude que les sages-femmes libérales rendent visite quotidiennement voire pluri quotidiennement aux mères et aux nouveau-nés.

La grande disponibilité de la part des sages-femmes libérales montre qu'elles organisent leur suivi en fonction de la nécessité de surveillance du nouveau-né. Cela peut être en lien avec la faible fréquence des nouveau-nés ictériques suivis.

Alors, nous pouvons nous interroger sur le maintien de cette disponibilité si l'on enregistre une généralisation des RPAD pour l'ensemble des nouvelles mères des différents établissements de la région nancéienne. Les sages-femmes libérales seront-elles aussi disponibles dans les années futures s'il y a une augmentation des RPAD ? Tout ceci est à évaluer en fonction du nombre de sages-femmes s'installant en libéral dans les prochaines années.

2. LES DIFFERENTS POINTS EN COURS D'AMELIORATION

D'un point de vue général, lorsqu'un projet tel que la mise en place d'un réseau ville-hôpital s'instaure, diverses difficultés sont rencontrées, inévitablement.

Ce qui est intéressant est de savoir se remettre perpétuellement en question et savoir s'interroger sur les points faibles afin de faire le nécessaire pour les améliorer.

Cette préoccupation d'améliorer la qualité du relais ville-hôpital est sujet de vives préoccupations actuellement à la MRAP.

2.1. Le projet de naissance

Comme décrit précédemment, certaines patientes bénéficient d'une rencontre avec une sage-femme libérale durant leur grossesse. Mais cette pratique n'est pas la plus courante et de nombreuses femmes sont candidates à un RPAD sans avoir rencontré de sage-femme libérale avant la naissance.

Or l'HAS recommande pourtant cette pratique.

Comment est alors compensé le temps d'apprentissage du séjour en maternité si le RPAD n'est pas prévu durant la grossesse ?

Une enquête de satisfaction auprès des patientes ayant été candidates au RPAD pourrait nous apporter certaines réponses.

Cependant, la volonté de la MRAP et des sages-femmes libérales est de mettre en place ce projet de naissance. Le travail en collaboration avec l'HADAN est en cours afin de distribuer des plaquettes et créer des affiches informant les patientes des possibilités de RPAD. Ces informations seront notamment exposées dans les services de consultations.

2.2. Les conditions à respecter avant la sortie de maternité

L'HAS recommande une première mesure transcutanée de la bilirubine dès 24h de vie et avant la sortie de maternité. Ce point pourrait être approfondi afin de connaître

les pratiques dans les différents secteurs mère-enfant. A noter que dans le protocole de SME, cette demande est explicitement formulée par le pédiatre du service.

De part mon expérience personnelle, j'ai pu remarquer qu'une grande vigilance est apportée à la surveillance de l'ictère lors de l'organisation de la sortie de maternité, notamment de la part des pédiatres qui autorisent les sorties.

De plus, quelle valeur prend cette mesure ? En effet, une mesure absolue n'a que peu de valeur si l'on ne considère pas l'aspect général de la courbe. D'ailleurs, dans les recommandations d'une utilisation optimale du bilirubinomètre, une mesure transcutanée régulière de la bilirubine doit être pratiquée afin d'apprécier non pas chaque valeur absolue mais la courbe évolutive. Cette demande est également explicitée dans le protocole de surveillance de l'ictère néonatal de SME.

Parallèlement aux difficultés de surveillance décrites dans les questionnaires, la MRAP et l'HADAN vont mettre à disposition des sages-femmes libérales 6 bilirubinomètres (5 de la part de la MRAP et 1 par l'HADAN). Mais comment va s'organiser la surveillance à domicile de l'ictère néonatal pour les enfants ne rentrant pas dans le cadre d'une HAD (mère ne bénéficiant pas de critères les intégrant dans des suites de couches pathologiques) ? En effet, ceux-ci seront intégrés dans le cheminement « classique » du RPAD et ne nécessiteront que la visite de la sage-femme libérale dans le cadre de ses consultations. Vont-elles pouvoir bénéficier des avantages de l'HADAN (utilisation du bilirubinomètre transcutané par exemple) ? Quelles vont être les pratiques si certaines sages-femmes libérales ne signent pas la convention avec l'HADAN ?

Un autre point reste encore vague : la formation des sages-femmes libérales pour l'utilisation du bilirubinomètre. Sera-t-elle proposée dans le cadre de la formation médicale continue par l'HADAN ? la MRAP ?

2.3. La qualité du relais

D'un point de vue général, la qualité des informations transmises aux sages-femmes libérales n'était jusqu'à présent pas pleinement satisfaisante. Quasi la moitié

des sages-femmes ayant participé à l'étude ne sont que moyennement satisfaites. Or cette qualité du relais est primordiale pour assurer un suivi à domicile de qualité.

Dans le cadre des RPAD avec un relais par une HAD, un dossier de liaison spécifique sera utilisé. Il a été spécialement créé pour l'HAD. Concernant le suivi de l'enfant, il comporte des éléments de surveillance de l'ictère : le critère « bilirubinémie mesurée » est mentionné. Il conviendra par la suite d'évaluer l'utilisation de ce nouveau document.

⇒ Annexe 9

Il reste à voir quels documents seront utilisés lors des RPAD hors critères HAD. Ces éléments sont encore discutés actuellement.

L'appel téléphonique semble correspondre aux attentes des sages-femmes libérales du fait du lien direct entre les deux corps médicaux. Il sera maintenu dans le cadre des RPAD « classiques ». En ce qui concerne les RPAD pathologiques c'est-à-dire par le biais de l'HADAN, le contact se fera entre la sage-femme de SME et la sage-femme coordinatrice de l'HADAN. Cette dernière se chargera de recontacter la sage-femme libérale. A noter qu'il se pourrait que la sage-femme de SME fasse également appel à la sage-femme coordinatrice pour un RPAD hors HAD par souci de coordination... (à réévaluer ultérieurement).

Ce changement d'interlocuteur permettra-t-il de maintenir le lien entre les sages-femmes de SME et les sages-femmes libérales (sachant que d'autres types de rencontres seront prévus) ? La participation de cette tierce personne permettra-t-elle d'améliorer la qualité des informations transmises ? (personne dédiée « exclusivement » à ce rôle)

L'évaluation de cette nouveauté pourra être envisagée en fonction du ressenti de chaque intervenant lorsque cette pratique sera courante.

Le carnet de santé maternité devant être attribué à chaque femme enceinte évoque la possibilité d'une sortie précoce au fil des pages de renseignements. Il propose une information au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sur le suivi après la naissance, notamment en cas de sortie précoce. De plus, il est mentionné qu'un protocole d'accompagnement est proposé en cas de sortie précoce. Nous pouvons cependant regretter que ce support ne soit pas utilisé après

l'accouchement dans les pratiques actuelles. Le carnet de santé de maternité, pourtant fraîchement réorganisé, ne comporte pas d'éléments concernant la période post-accouchement.

Six sages-femmes utilisent le carnet de santé de l'enfant dans la surveillance de l'ictère néonatal, alors que l'HAS recommande de réviser la teneur de ce carnet en conséquence. Par manque de pages spécifiquement attribuées au RPAD, les informations utiles sont essentiellement des notions d'antécédents médicaux et chirurgicaux et de circonstances d'accouchement.

Du côté de la MRAP, il semblerait que les pratiques soient générales dans l'ensemble, avec la mise à disposition de la fiche de liaison et la prise de contact téléphonique, malgré l'absence de protocole clairement établi. En revanche, dans le contenu des informations, il semblerait que le manque de données transmises entrave quelque peu la surveillance de l'ictère néonatal. C'est notamment le cas des résultats des bilans pratiqués en SME. Ce manque est-il lié à la non disponibilité des informations au moment de la sortie ? A une omission involontaire ? A un manque d'informations sur les données attendues ? D'autant plus que ces examens complémentaires ne sont pas nécessairement prescrits... (ce qui expliquerait l'absence de transmissions de ses informations).

2.4. Les pratiques des sages-femmes libérales et l'uniformité de la prise en charge

La diversité des pratiques notamment de la prise en charge d'un nouveau-né ictérique n'est pas un point négatif dans l'exercice de la profession de sage-femme.

Actuellement, les pratiques varient pleinement en fonction de chaque professionnel.

Cette variation reste le garant d'une liberté dans l'exercice de la profession libérale.

Une uniformité du dossier de liaison est instaurée afin de garantir les meilleures conditions de suivi de l'enfant ictérique.

En passant par le biais de l'HADAN, les transmissions du dossier de liaison s'intégreront dans une pratique commune quelque soit la sage-femme libérale. Ainsi, nous pouvons souhaiter une amélioration de la qualité de la transmission des informations.

De par le dossier de transmission créé par l'HADAN, les sages-femmes libérales disposeront des données regroupées à partir de l'ancienne fiche de liaison (actuellement remplacée par la lettre de sortie), de l'appel téléphonique et des données complétées dans le carnet de santé de l'enfant, avec les renseignements demandés concernant le suivi de l'ictère néonatal en SME.

2.5. Les connaissances des sages-femmes libérales

Il est regrettable que certaines sages-femmes libérales manquent de connaissances concernant la surveillance du nouveau-né sain potentiellement à risque de devenir ictérique.

En effet, certains paramètres (antécédents et paramètres cliniques) ne sont pas toujours pris en compte dans la surveillance de l'absence d'ictère néonatal, bien qu'ils soient explicitement énoncés dans les recommandations HAS (mémento « facteurs de risques d'hyperbilirubinémie »). Ainsi, certaines sages-femmes libérales ne tiennent pas compte des antécédents familiaux (ictère grave dans la fratrie), de l'allaitement maternel exclusif, pourtant décrits comme des facteurs de risques d'hyperbilirubinémie sévère dans les recommandations HAS de mai 2004.

Rappelons également qu'aucune sage-femme libérale ne disposait, au moment de l'enquête, de bilirubinomètre transcutané (une mesure transcutanée systématique de la bilirubine aurait pu limiter tout risque ?).

Cependant, les circonstances d'accouchement, la clinique, les valeurs telles que le groupe sanguin et le résultat du coombs (facteurs de risque d'hyperbilirubinémie) sont des éléments toujours retenus par les sages-femmes libérales.

Il semble important de relever que certains éléments de surveillance du nouveau-né sain candidat au RPAD ont été mentionnés par les sages-femmes libérales : la notion

de terme, de suspicion d'infection, de bilan infectieux positif. Ces éléments sont étonnement proposés puisque, comme décrit précédemment, le nouveau-né n'est pas candidat à un RPAD si les conditions pour proposer un RPAD ne sont pas remplies (suspicion d'infection, prématurité...).

Plus étonnement encore, une sage-femme libérale déclare que les informations transmises par la sage-femme de la MRAP ne sont pas intéressantes. Malheureusement, la sage-femme libérale n'ayant pas explicité sa réponse, nous ne pouvons comprendre ce qui l'a amené à répondre de la sorte.

De plus, une sage-femme libérale ne réoriente pas les nouveau-nés nécessitant des examens complémentaires vers le service de néonatalogie de la MRAP (par manque d'informations sur cette possibilité). Nous espérons que, par le biais des diverses séances d'informations proposées par l'HADAN ou par la rencontre avec des professionnels de la MRAP, cette information a pu être corrigée. Elle le sera notamment en cas de travail en collaboration avec l'HADAN (critères explicités dans la convention à signer).

Cependant, il est important de souligner que les compétences des sages-femmes libérales ne sont aucunement remises en question.

Leur intérêt pour les formations sur la surveillance du nouveau-né à domicile renforce leur volonté de perfectionnement.

3. LES LIMITES DE MON ETUDE

Bien que je puisse être satisfaite de l'intérêt porté par les sages-femmes libérales à mon étude, je regrette de ne pas avoir pu approfondir quelques points. Nous pouvons nous demander si certaines données, notamment épidémiologiques, sont encore représentatives de système de soins actuel (durée moyenne d'hospitalisation en Lorraine, à la MRAP... datant de plusieurs années).

L'organisation de l'HAD étant encore actuellement un sujet source de plines réflexions, il s'est avéré difficile d'organiser certaines rencontres et d'obtenir des informations parfois encore à l'état de discussion. Au fur et à mesure, les données ont évoluées : un simple projet, une idée, une proposition est devenue une action, une aide concrète.

Mon intégration au sein d'une équipe n'a pu être possible, en tant qu'étudiante (d'autant plus que mon sujet de mémoire ne concerne qu'un thème précis par rapport à l'ensemble des sujets à organiser en HAD).

Par exemple, la participation à la création des dossiers de transmissions (en fonction de l'étude des questionnaires distribués dans l'étude) n'a pas pu être concrétisée. De plus, les plaquettes d'informations destinées aux services de consultations n'évoqueront (projet en cours) que d'une façon générale l'HAD (alors que le sujet de mémoire ne traite que de l'ictère néonatal).

De plus, je regrette de ne pas avoir pu bénéficier de plus d'entretiens auprès des acteurs principaux de ce réseau : leur charge de travail face à l'instauration d'un tel projet, ne permettant pas de rencontre telle que je l'aurais souhaité.

Enfin, le suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales est en plein remaniement. Mon étude ne peut ainsi pas bénéficier de recul face aux modifications, notamment administratives, du suivi du nouveau-né potentiellement ictérique lors des RPAD. Certaines questions restent en suspens telles que la qualité d'articulation entre les différents acteurs, la prise en charge de la surveillance de l'ictère néonatal hors HAD.

4. L'HADAN ET SES LIMITES

4.1. Les principes de l'HAD

Début 2009, l'HAD d'obstétrique débute dans la région nancéienne, officiellement à partir du lundi 2 mars 2009.

De façon précise, pour mettre en place une HAD, il faut que la jeune accouchée présente des suites de couches pathologiques. La mère entre alors en HAD. Le nouveau-né, lui, ne doit pas avoir de pathologie (ce qui serait contraire aux recommandations HAS).

En effet, rappelons que l'HADAN est une structure ouverte aux patients présentant une pathologie. Dans le cas du RPAD après un accouchement, il s'agit d'une surveillance d'un post-partum pathologique.

Mais si la mère entre uniquement en HAD, le nouveau-né peut lui aussi bénéficier d'une surveillance, lorsqu'il s'agit de soins relatifs à la pathologie de sa mère. Par exemple, dans le cas d'un allaitement maternel avec apparition de crevasses mammaires, l'enfant entre en lien dans la pathologie, puisqu'il participe activement au déroulement de l'allaitement maternel. Il pourra par exemple bénéficier d'une surveillance de sa courbe de poids.

En ce qui concerne l'ictère néonatal, la sage-femme libérale pourra surveiller l'enfant en même temps qu'elle rend visite à la mère pour sa pathologie. Elle disposera pour cela d'une fiche de surveillance clinique du nouveau-né (décrite ultérieurement).

En revanche, dans le cas de suites de couches parfaitement physiologiques pour la mère, il ne pourra pas y avoir d'HAD par le biais de l'HADAN. Dans ce cas, il faudra continuer le travail en collaboration avec les sages-femmes libérales comme auparavant. Eventuellement, un contact avec la sage-femme coordinatrice de l'HADAN, même en cas de RPAD non pathologique, pourrait être envisagé pour assurer une régulation du travail des sages-femmes libérales (à évaluer ultérieurement).

4.2. Quelles sont les différences sur le plan financier ?

En résumé, en HAD, la patiente présente les mêmes critères, et donc les mêmes soins que si elle était hospitalisée en maternité.

De ce fait, la journée d'hospitalisation est facturée 80 euros à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Rappelons que depuis la mise en place de la tarification à l'activité, la physiologie n'est pas payée dans le cadre d'une hospitalisation. Seule la pathologie rapporte de l'argent.

Dans le cas de visite à domicile par une sage-femme libérale, hors pathologie, la visite est facturée comme une consultation « classique ».

4.3. Le dossier de liaison de l'HADAN et l'organisation du suivi

4.3.1. La convention avec l'HADAN

Fin février 2009, la convention qui régit les accords entre la MRAP et l'HADAN est signée.

En ce qui concerne la participation des sages-femmes libérales, le but était que l'ensemble des sages-femmes libérales de la région nancéienne adhère à l'HADAN.

Début mars, aucune convention n'est encore signée. La rencontre entre la sage-femme libérale et la sage-femme coordinatrice lors de la première HAD sera l'occasion de signer la convention. De plus, la rencontre du 4 mars entre la sage-femme coordinatrice de l'HADAN et les sages-femmes libérales a permis à certaines sages-femmes libérales intéressées de se renseigner sur la convention. D'une manière générale, l'ensemble des sages-femmes libérales semblent vouloir adhérer à l'HAD.

Une fiche récapitulative de l'organisation en HAD est à disposition de l'ensemble des professionnels. Elle permet de décrire l'organisation générale des soins, les conditions pour accepter une HAD, les professionnels collaborateurs, la permanence et la continuité des soins.

⇒ Annexe 10

4.3.2. Le dossier de liaison

Il se compose de différents éléments à fournir par la maternité :

- ✓ La demande d'entrée en HAD d'obstétrique doit être signée par le médecin obstétricien et par le pédiatre, en y informant les motifs d'entrée.

L'un des motifs peut être la surveillance de l'absence d'ictère chez l'enfant.

⇒ Annexe 11

- ✓ Une feuille de recueil de l'accord de la patiente et de la désignation d'une personne de confiance, une feuille d'information sur l'HAD remise à la patiente.
- ✓ La lettre de sortie devant être faxée à la sage-femme coordinatrice de l'HADAN
- ✓ La feuille de suivi journalier de l'alimentation et de l'élimination de l'enfant.
- ✓ La courbe de surveillance du nouveau-né ictérique doit être fournie par la maternité en cas de surveillance de l'absence d'ictère à domicile.
- ✓ La courbe de poids de l'enfant doit être retranscrite sur le carnet de santé de l'enfant.

Le recueil de l'ensemble de ces documents devrait aider la sage-femme assurant le suivi à domicile dans la surveillance de l'absence d'ictère néonatal. Il faut cependant espérer que ce dossier de liaison sera facilement complété par les sages-femmes de SME et qu'il ne va pas leur imposer une surcharge de travail importante.

4.3.3. Le dossier HAD

De part ces informations, la sage-femme coordinatrice va pouvoir créer ses propres documents de surveillance :

- ✓ Une fiche administrative propre au fonctionnement de l'HADAN
- ✓ Une lettre de mission complétée par la sage-femme coordinatrice et validée par le médecin référent décrivant la demande d'intervention auprès de la sage-femme libérale notamment.
- ✓ Le feuillet de surveillance de l'accouchée
- ✓ Le feuillet de surveillance du nouveau-né. Celui-ci comporte notamment le critère de surveillance de la bilirubine. Elle pourra être mesurée de manière transcutanée ou sanguine (annexe 9)
- ✓ Le feuillet de transmissions écrites et l'échelle EPDS (dépression du post-partum)

4.4. A la sortie de maternité

A la sortie de maternité, après accord de prise en charge pour une HAD par l'HADAN, l'ensemble du dossier est dressé.

Ainsi il regroupera l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement des soins à domicile et notamment l'ensemble des informations nécessaires dans la surveillance de l'ictère néonatal.

La notion de lettre de retour n'est actuellement pas encore d'usage. Elle reste un projet devant être mis en place rapidement. Il reste également à définir la notion de l'interlocuteur (le pédiatre ? l'obstétricien ?)

Nous pouvons ainsi espérer que les sages-femmes libérales disposeront d'une multitude d'éléments pouvant entrer dans la surveillance d'absence d'ictère néonatal à domicile.

Conclusion

Le nouveau-né sain est potentiellement susceptible de développer un ictère néonatal, même après un RPAD organisé dans les meilleures conditions.

L'organisation du RPAD fait appel à divers professionnels. Chacun d'entre eux a un rôle défini et complémentaire, c'est la raison pour laquelle leur travail en collaboration est fondamental.

Ce travail d'équipe, en perpétuel remaniement, a pour objectif l'amélioration continue de l'offre de soins en particulier en ce qui concerne la surveillance de l'ictère néonatal.

Les sages-femmes libérales, principales actrices du suivi à domicile, doivent disposer de conditions de travail optimales. L'exercice de ces dernières dépend notamment de la qualité des transmissions du personnel hospitalier étant intervenu auprès de la mère et de son enfant. Les moyens de surveillance dont elles disposent, comme nous l'avons vu au travers de l'étude, jouent également un rôle important.

Dans l'agglomération nancéienne, ces conditions sont relativement favorables. Le respect des recommandations HAS, la disponibilité des sages-femmes libérales, la construction du projet de naissance et l'organisation du pôle de naissance jouent en cette faveur.

Cependant, quelques difficultés subsistent, telles que le manque de données transmises entre les différents intervenants, la demande de formations concernant la surveillance du nouveau-né potentiellement ictérique...

Une association telle que l'HADAN peut cependant participer à l'amélioration de l'organisation du RPAD, élément essentiel dans la qualité de la surveillance de l'ictère néonatal.

Ce travail s'inscrit dans un souci permanent d'amélioration de la qualité des soins et dans un souci d'efficience de la démarche de qualité.

Dans le contexte abordé au travers de ce mémoire, divers éléments peuvent encore être approfondis. Cette réflexion pourra s'appuyer sur les difficultés rencontrées après évaluation des nouvelles pratiques actuellement encore à ses prémises...

BIBLIOGRAPHIE

[1] HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Journal officiel, 2004.

Disponible sur :

www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/p_diatrie/Sortie_accouchement_recos_20.pdf. (consulté le 23.05.2008).

[2] Battut A. Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. Mémoire ; Dijon : Ecole de cadres sages-femmes Dijon, 2007, 124 p.

[3] Luthy C. ; Rentsch D. ; Werlen D. ; Allaz A.-F. Raccourcissement et justification des séjours hospitaliers : Réflexions à partir de l'écoute des patients et de leurs soignants. Médecine et hygiène 2000, vol. 58, n°2314, pp. 1802-1806

[4] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORT. La tarification à l'activité en quelques. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/> >. (consulté le 15.09.2008).

[5] RESEAU PERINATAL LORRAIN. Périnatalité Rapport préliminaire 2001 – 2004, 19/01/2006, 37 p.

[6] GROUPE D'ETUDE EN NEONATOLOGIE DE L'ILE DE FRANCE. Le suivi des nouveau-nés après la sortie de maternité, Bulletin n° 6/2007, 05/06/2007. Disponible sur : www.sfpediatrie.com/uploads/media/GEN_-_03.07.doc.

(consulté le 15.05.2008).

[7] Cargill Y. Martel M.J. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement, J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 4, 2007, p. 360–363 N° 190, avril 2007.

[8] Brunet J. La sortie précoce de maternité vue par le pédiatre ; Disponible sur :

<http://www.lesjta.com/>>. (consulté le 15.09.08).

[9] RESEAU SECURITE NAISSANCE PACA Est | Haute-Corse | Monaco. Surveillance de l'ictère néonatale chez le nouveau-né à terme ou proche du terme. Protocole accepté par le Comité Médical et Scientifique du 22.06.05. Protocole validé par l'Assemblée Générale du 30.06.05.

[10] Vert P. Arthuis M. La première semaine de la vie. Académie Nationale de Médecine, 31.05.05.

[11] CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN NEONATOLOGIE. C.H.U de Rabat. L'ictère néonatal à bilirubine indirecte. Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/maroc/mop8.htm>. (consulté le 23 et 24.05.08).

[12] David G. Prise en charge de l'ictère du nouveau-né. Académie Nationale de Médecine. 01.07.03. Disponible sur : www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/rapports_144_fichier_lie.rtf. (consulté le 15.05.08).

[13] Straczek R., Vieux R., Hubert C., Miton A., Hascoet J.-M. . Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ?, Archives de pédiatrie, 2008, volume 15, numéro 6, pages 1076-1082

[14] Lecoutere D. Prise en charge de l'ictère néonatal en maternité. 2007. Disponible sur : <http://www.gen-nordpasdecalsais.fr/images/documents/ictere.pdf>. (consulté le 30.05.08).

[15] RESEAU SECURITE NAISSANCE – Naître ensemble Pays de la Loire. Recommandations pour l'ictère du nouveau-né de plus de 35 SA. Nantes. 2006. Disponible sur : www.reseau-naissance.com/medias/proto_ictere_23_03_2006.pdf. (consulté le 23.05.08).

[16] AGENCE D'EVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTE (AETMIS). Bilirubinémie transcutanée dans un contexte de congé postnatal précoce. Montréal, 1999. (ISBN 2-550-35429-x).

[17] NOMBRE DE SAGES-FEMMES LIBERALES ET MIXTES EXERÇANT EN LORRAINE. Source ADELI. 12.01.09.

[18] NOMBRE DE SAGES-FEMMES. Clefs libérales 2006. Source : DREES.

[19] LEGIFRANCE. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?>>. (Consulté le 05.05.08).

[20] ORDRE DES SAGES-FEMMES. Disponible sur : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>> (consulté le 06.12.08).

[21] MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 10 décembre 2007. Journal officiel, 19.12.07. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/textes/la-convention-nationale_allier.php>. (consulté le 06.12.08)

[22] URCAM. Nouvelle Convention Sages-Femmes. Disponible sur : <<http://www.urcam.org/Sages-Femmes---nouvelle-convention--.16846.0.html>>. (consulté le 05.05.08).

[23] HADAN. Hadan Hospitalisation À Domicile de l'Agglomération Nancéienne [dépliant]. 2008.

[24] HADAN. Hospitalisation À Domicile de l'Agglomération Nancéienne. Dossier de presse. 30.01.2006.

[25] Thibaut G. Hadan. Disponible sur : <<http://www.hadlor.com/documents/Thibaut.pdf>>. (consulté le 10.01.09).

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction.....	7
Partie 1	9
1. Les sorties précoces de maternité	10
1.1. La définition de la sortie précoce de maternité par l’HAS.....	10
1.2. Critères déterminant la durée du séjour en maternité et facteurs favorisant sa diminution	10
1.2.1. Les critères intervenant pour chaque couple mère-enfant.....	10
1.2.2. Les critères propres à chaque service	11
1.2.3. Les facteurs politiques et économiques	11
1.3. Durée moyenne d’hospitalisation en secteur mère-enfant durant les dernières années 12	
1.3.1. Les données nationales	12
1.3.2. Les données en Lorraine	12
1.3.3. Les données à la MRAP	12
1.4. Définition retenue pour mon étude	12
1.5. Les recommandations de l’HAS	13
1.5.1. Le projet de naissance	13
1.5.2. La prévention des complications maternelles et infantiles	13
1.5.3. Versant maternel	14
1.5.4. Versant néonatal.....	14
1.5.5. Conditions d’organisation du RPAD	14
1.5.6. La décision finale de RPAD.....	15
1.5.7. Le suivi à domicile	15
1.5.8. Les acteurs, les structures.....	15
1.5.9. Cadre de travail et rôle de chaque intervenant.....	16
1.5.10. Formations des professionnels participants	16
1.5.11. Dossier de liaison	16
1.5.12. Acteurs principaux	16
2. La surveillance de l’ictère néonatal.....	17
2.1. Physiopathologie	17
2.2. Le retour de l’ictère nucléaire ?	18
2.2.1. Qu’en est-il en France ?	18
2.2.2. Qu’en est-il chez nos voisins ?.....	18
2.3. Les différents moyens de surveillance de l’ictère néonatal	19
2.3.1. Les recommandations HAS	19
2.3.2. L’évaluation visuelle	19
2.3.3. La bilirubinométrie transcutanée.....	19
2.3.4. Le dosage sanguin	20
2.4. Le rôle du personnel médical dans le suivi de l’ictère	20

2.4.1.	Surveillance de l'enfant en maternité.....	20
2.4.2.	Continuité des soins au nouveau-né lors de son retour à domicile	20
3.	L'activité libérale des sages-femmes de la région nancéienne	22
3.1.	Evolution et démographie des sages-femmes libérales durant les dernières années 22	
3.2.	Formation continue et sages-femmes libérales	22
3.3.	Financement de l'activité libérale	23
3.4.	Les sages-femmes libérales face au RPAD.....	23
4.	L'instauration du réseau MRAP / sages-femmes libérales	24
4.1.	Les acteurs du réseau	24
4.2.	Les actions entreprises	24
4.2.1.	La fiche de liaison	24
4.2.2.	Le contact téléphonique	25
4.2.3.	Le choix de la sage-femme libérale	25
4.2.4.	Les accords avec le laboratoire de la MRAP	26
4.2.5.	Les accords avec le service de néonatalogie lors de ré hospitalisation...26	
4.3.	Projets en cours et projets futurs	26
4.3.1.	L'HADAN	26
4.3.2.	Le réseau MRAP / HADAN	27
	Partie 2	29
1.	Généralités concernant l'enquête	30
1.1.	Description de l'étude	30
1.2.	Les objectifs de l'étude	30
1.3.	La population enquêtée	31
1.4.	Méthodologie	32
1.4.1.	Le support	32
1.4.2.	L'accroche.....	32
1.4.3.	Le questionnaire	32
2.	Résultats de l'enquête	33
	Partie 3	48
1.	Les points forts retenus dans l'étude.....	50
1.1.	La fréquence de l'ictère nucléaire	50
1.2.	La construction d'un projet de naissance	50
1.3.	La qualité du relais	51
1.4.	La mise à disposition des résultats des examens avant la sortie de maternité 51	
1.5.	L'organisation en pôle de naissances	52
1.6.	Le bénéfice de la structure hospitalière.....	52
1.7.	La disponibilité de la sage-femme libérale	53
2.	Les différents points en cours d'amélioration	54
2.1.	Le projet de naissance	54
2.2.	Les conditions à respecter avant la sortie de maternité.....	54

2.3.	La qualité du relais	55
2.4.	Les pratiques des sages-femmes libérales et l'uniformité de la prise en charge	57
2.5.	Les connaissances des sages-femmes libérales.....	58
3.	Les limites de mon étude.....	60
4.	L'HADAN et ses limites.....	61
4.1.	Les principes de l'HAD	61
4.2.	Quelles sont les différences sur le plan financier ?.....	62
4.3.	Le dossier de liaison de l'HADAN et l'organisation du suivi	62
4.3.1.	La convention avec l'HADAN	62
4.3.2.	Le dossier de liaison.....	62
4.3.3.	Le dossier HAD.....	63
4.4.	A la sortie de maternité	64
	Conclusion.....	65
	Bibliographie	66
	TABLE DES MATIERES	69
	Annexe 1.....	73
	Critères avant la décision de RPDA	73
	Facteurs de risque pédiatriques à prendre en considération avant de décider un RPDA	74
	Annexe 2.....	75
	Courbe de bilirubinémie indirecte utilisée à la MRAP.....	75
	Annexe 3.....	76
	Fiche de liaison des sorties précoces utilisée à la MRAP	76
	Annexe 3.....	77
	Carte des sages-femmes libérales en Meurthe-et-Moselle.....	77
	Annexe 5.....	78
	Coordonnées des sages-femmes libérales contactées	78
	Annexe 6.....	79
	Liste des sages-femmes contactées au cours de l'étude.....	79
	Annexe 7.....	81
	Lettre de présentation du questionnaire	81
	Annexe 8.....	82
	Questionnaire	82
	Annexe 9.....	85

Feuille de surveillance clinique du nouveau-né.....	85
Annexe 10.....	86
Organisation de la prise en charge d'une patiente en HAD.....	86
Annexe 11.....	88
Demande d'entrée en HAD obstétrique.....	88

ANNEXE 1

Critères avant la décision de RPDA [1]

- ✓ Critères cliniques
 - déroulement physiologique de la grossesse, du travail et du post-partum immédiat
 - nouveau-né à terme (entre 37 et 41 SA révolues), singleton et eutrophique
 - score d'Apgar à 5 minutes supérieur à 7
- ✓ Normalité anatomique
- ✓ Examen clinique « attentif » normal
- ✓ Signes vitaux stables et normaux durant les 12 heures précédant la sortie :
 - rythme respiratoire de 60 par minute
 - pas d'épisode d'apnée, saturation en oxygène dans les limites de la normale
 - rythme cardiaque compris entre 100 et 160 battements par minute
 - température axillaire comprise entre 36,1 et 37,0 °C, pour un enfant en lit et habillé normalement
- ✓ Alimentation établie, « contrôle de 2 repas réussis et documentés » : nouveau-né capable de coordonner la succion, la déglutition et de respirer simultanément, transfert effectif de lait constaté par un professionnel
- ✓ Évacuation du méconium dans les 24 premières heures de vie
- ✓ Une miction et une selle au moins
- ✓ Pas de troubles digestifs
- ✓ Absence d'ictère dans les 24 premières heures de vie
- ✓ La mère n'a pas reçu de naloxone.
- ✓ Critères biologiques et actions complémentaires (enfant)
 - dosage transcutané de la bilirubine à H24 ;
 - tests de dépistage organisés par la maternité et programmés ;
 - selon le statut maternel vis-à-vis du virus de l'hépatite B : vaccination de l'enfant et injection de gammaglobulines spécifiques.

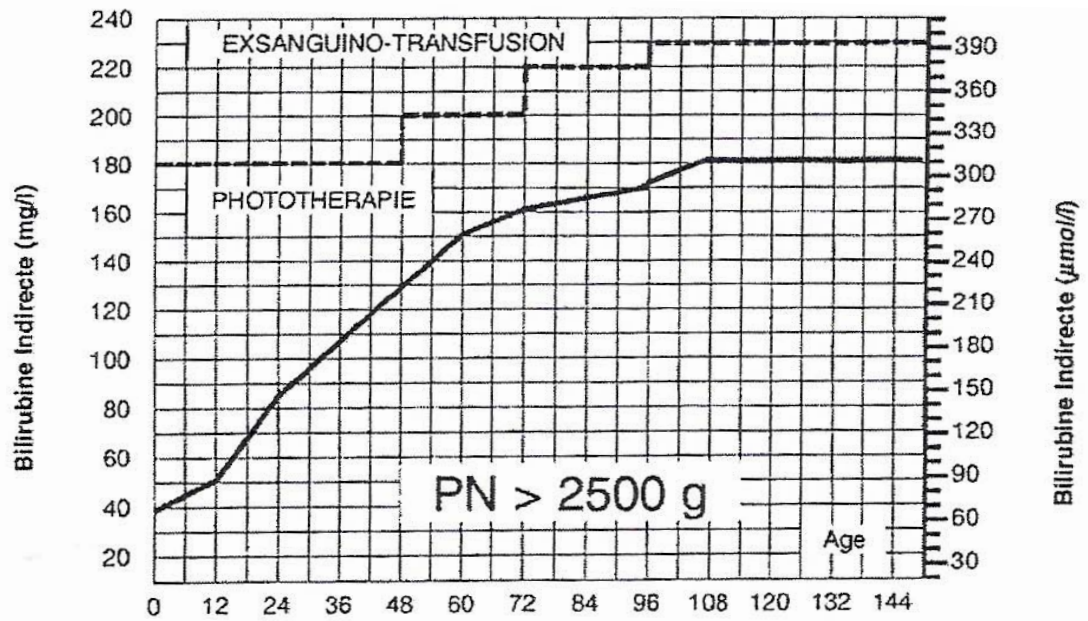
Facteurs de risque pédiatriques à prendre en considération avant de décider un RPDA [1]

- ✓ Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère d'après l'American Academy of Pediatrics (par ordre d'importance décroissante)
 - ictère des 24 premières heures ;
 - ictère visible avant la sortie ;
 - antécédent d'ictère grave dans la fratrie ;
 - naissance avant 38 semaines d'aménorrhée révolues ;
 - allaitement maternel exclusif ;
 - population d'origine est-asiatique ;
 - hématomes, céphalématome ;
 - âge maternel < 25 ans ;
 - nouveau-né de sexe masculin ;
 - incompatibilité rhésus et ABO ;
 - déficit en G6PD (en France : penser à la population émigrée d'Afrique subsaharienne).

[...]

ANNEXE 2

Courbe de bilirubinémie indirecte utilisée à la MRAP



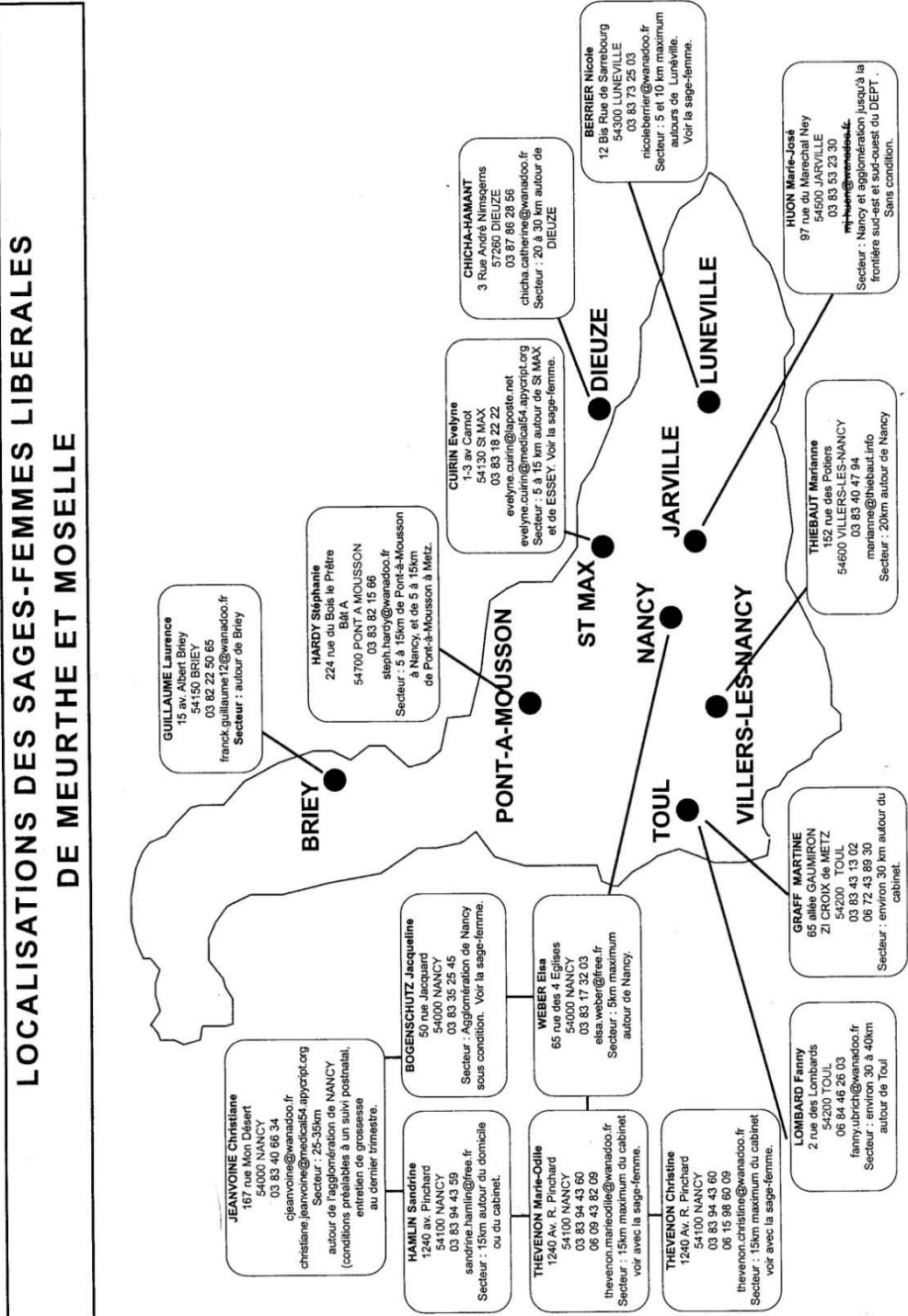
ANNEXE 3

Fiche de liaison des sorties précoces utilisée à la MRAP

FICHE DE LIAISON DES SORTIES PRECOCES																															
VERSANT MATERNEL		VERSANT NOUVEAU-NÉ																													
Nom : _____ Prénom : _____		Nom _____ Prénom _____																													
Date naiss : / / Gestité : — Parité : —		Date naiss : / / Heure naiss : — h — mn																													
ANTECEDENTS FAMILIAUX ET PERSONNELS CIBLÉS																															
GROUPE SANGUIN ET SEROLOGIES																															
GS — Rh — R A I — Rub — Toxo		GS : — COOMBS :																													
VHB — VHC — VIH — BW — CMV —																															
DEROULEMENT DE LA GROSSESSE																															
Physiologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Croissance :																													
Si non, pathologie(s) :		Amniocentèse :																													
		Autre :																													
TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT		NAISSANCE																													
Déclenchement : spontanée <input type="checkbox"/> artificiel <input type="checkbox"/> Motif(s) : _____ Présentation : céphalique : <input type="checkbox"/> Siège : <input type="checkbox"/> Complet : <input type="checkbox"/> décomplété : <input type="checkbox"/> Durée du travail : normale : <input type="checkbox"/> rapide : <input type="checkbox"/> longue : <input type="checkbox"/> Anesthésie : péridurale : <input type="checkbox"/> RPM : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sup. 12h <input type="checkbox"/> LA : clair <input type="checkbox"/> teinté : <input type="checkbox"/> méconial : <input type="checkbox"/> Mode d'accouchement : voie spontanée <input type="checkbox"/> Césarienne : <input type="checkbox"/> Intervention voie basse : <input type="checkbox"/> Délivrance : naturelle : <input type="checkbox"/> dirigée : <input type="checkbox"/> artificielle : <input type="checkbox"/> Révision utérine : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Périnée : périnée intact : <input type="checkbox"/> déchirure <input type="checkbox"/> épisiotomie <input type="checkbox"/>		Souffrance fœtale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Apgar : 1mn : — 5 mn : — Poids : — g Taille : — cm Périmètre crânien : — cm Elimination : urines <input type="checkbox"/> méconium : <input type="checkbox"/> Premier examen : P. Thoracique <input type="checkbox"/> Sortie : en chambre avec sa mère <input type="checkbox"/> Médecine néonatale <input type="checkbox"/>																													
EXAMEN DE SORTIE																															
Température : _____ Pouls : _____ TA : _____		Poids : — g																													
Examen de l'utérus : _____		Périmètre crânien : — cm																													
Lochies : Sgltes : <input type="checkbox"/> Sérosgltes : <input type="checkbox"/> Séreuses : <input type="checkbox"/> Absence : <input type="checkbox"/>		Alimentation : maternelle : <input type="checkbox"/> artificielle : <input type="checkbox"/>																													
Hémorroïdes : <input type="checkbox"/>		mixte : <input type="checkbox"/>																													
Périnée : _____		Elimination : urines : <input type="checkbox"/> méconium : <input type="checkbox"/>																													
Examen des jambes : _____		Température : _____																													
Examens des seins : _____		Examen de sortie : _____																													
Miction : _____		Ictère : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																													
Reprise du transit : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Guthrie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																													
		Traitement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Médication</th> <th>Posologie</th> <th>Durée</th> <th>Début ttt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Médication	Posologie	Durée	Début ttt													<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Examens</th> <th>Jour / H</th> <th>Résultats</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Examens	Jour / H	Résultats									
Médication	Posologie	Durée	Début ttt																												
Examens	Jour / H	Résultats																													

ANNEXE 3

Carte des sages-femmes libérales en Meurthe-et-Moselle



ANNEXE 6

Liste des sages-femmes contactées au cours de l'étude

SAGES-FEMMES	ADRESSES
Mme BOGENSCHUTZ Jacqueline	50, rue Jacquard 54 000 NANCY
Mme HAMLIN Sandrine	Polyclinique Majorelle 1240, avenue Pinchard BP 2049 54 000 NANCY
Mme JEANVOINE Christiane	167, rue de Mon Désert 54 000 NANCY
Mme THEVENON Marie-Odile	Polyclinique Majorelle 1240, avenue Pinchard BP 2049 54 000 NANCY
Mme THEVENON Christine	Polyclinique Majorelle 1240, Avenue Pinchard BP 2049 54 000 NANCY
Mme WEBER Elsa	65, rue des 4 Eglises 54 000 NANCY
Mme LACAVE Brigitte	65, rue des 4 Eglises 54 000 NANCY
Mme HUON Marie-José	97, rue du Maréchal Ney 54 140 JARVILLE - LA - MALGRANGE
Mme THIEBAUT Marianne	152, rue des Potiers 54 600 VILLERS – LES – NANCY
Mme CUIRIN Evelyne	1 – 3 rue Carnot 54 130 SAINT MAX
Mme SCHMIEDER Delphine	16, rue Saint-Michel 54 000 NANCY

Mme HARDY Stéphanie	224, rue Bois Le Prêtre Bâtiment A 54 700 PONT A MOUSSON
Mme GRAFF Martine	65, allée Gaumiron 54 200 TOUL
Mme LOMBARD Fanny	2, rue des Lombards 54 200 TOUL
Mme AKPEMADO Monique	133, rue Michaud 54 230 NEUVES-MAISONS
Mme BARROYER Catherine	34, rue des Gravières 54 180 HEILLECOURT
Mme BERGER Lydie	44, rue de Lorraine 54 500 VANDOEUVRE
Mme Fiorini Laurence	75, boulevard des technologies 54 710 LUDRES
Mme HESSE Marie-José	88, rue de la République 54 140 JARVILLE LA MALGRANGE
Mme KONDRATUK Estelle	29, avenue Saint Sébastien 54 600 VILLERS LES NANCY
Mme ONZATTI Muriel	4, rue Clémenceau 54 820 MARBACHE
Mme TERRASSE Vanina	22, rue de Phalsbourg 54 000 NANCY
Mme ZAMPIERI Fabienne	6, Domaine du Saulcy 54 130 DOMMARTEMONT
Mme MARCHAL Suzanne	33, boulevard Vallonière 54 600 VILLERS LES NANCY

ANNEXE 7

Lettre de présentation du questionnaire

Mémoire de fin d'étude

Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale de Nancy

Travail encadré par Mme L. Galliot (sage-femme cadre enseignante) et Dr Hubert (pédiatre)

Madame,

Je suis étudiante à l'école de sages-femmes de Nancy. En quatrième année, j'élabore mon mémoire de fin d'étude qui portera sur le suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors du retour précoce à domicile. La population de nouveau-nés choisie sera celle ayant séjourné à la Maternité Régionale de Nancy.

Je fais alors appel à vous pour affiner mon étude. En effet, j'aimerais connaître vos pratiques, vos moyens de surveillance et vos éventuelles difficultés.

Je joins un questionnaire qui me permettra de mieux connaître votre pratique et d'étudier une solution pour résoudre vos éventuelles difficultés.

A noter : Dans cette étude, le retour précoce à domicile sera défini par *un retour survenant plus tôt que la durée habituelle des séjours du service* et non comme un retour moins de 48h après un accouchement physiologique et 4 jours après une césarienne.

Je laisse à votre disposition mes coordonnées pour répondre à vos éventuelles questions ou remarques : melanie.marchal54@laposte.net

Merci de votre participation

Mélanie MARCHAL

ANNEXE 8

Questionnaire

Questionnaire

Mémoire de fin d'étude : Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale de Nancy

1. Assurez-vous un suivi des nouveau-nés de la Maternité Régionale A. Pinard lors des retours précoces à domicile ?

Oui Non

Si oui, merci de continuer à répondre aux questions suivantes

Si non, merci de me retourner ce questionnaire à l'aide de l'enveloppe mise à votre disposition

2. a) En moyenne, combien d'enfants ictériques en provenance de la Maternité Régionale A. Pinard surveillez-vous par semaine ?

.....
b) Nombre total d'enfants surveillés par semaine (ictériques et non ictériques) :
.....

c) En moyenne, à quelle fréquence surveillez-vous des nouveau-nés ictériques en provenance de la Maternité Régionale de Nancy en sortie précoce ? (nombre de visites par jour par exemple)

.....

3. a) Avez-vous des contacts avec la Maternité Régionale (notamment du secteur mère-enfant) lors de votre activité de suivi à domicile pour ce type de patient ?

Oui Non

b) Si oui, quel (s) moyen (s) de communication utilisez-vous ?

- Appel téléphonique et fiche de liaison
 Fiche de liaison uniquement
 Appel téléphonique uniquement
 Carnet de santé de l'enfant
 Autre (Précisez :)

c) Ces informations sont

- Très satisfaisantes
 Satisfaisantes
 Moyennement satisfaisantes
 Non satisfaisantes

4. Avez-vous connaissance de l'ensemble du dossier de l'enfant (antécédents familiaux, évolution de la grossesse, accouchement, hospitalisation en secteur mère-enfant) lors de son retour à domicile ?

Oui Non

5. Toutes ces données mentionnées sont-elles intéressantes pour la surveillance de l'enfant ?

Oui Non (exemples :)

6. Cochez les paramètres que vous avez l'habitude de prendre en compte dans le suivi de l'ictère néonatal

- Allaitement maternel
- Courbe de poids
- Circonstances d'accouchement (résorption d'hématome)
- Antécédents familiaux
- Clinique (teint de plus en plus ictérique)
- Groupe sanguin et Coombs
- Autres (Précisez :)

7. a) Bénéficiez-vous des résultats des bilans pratiqués durant l'hospitalisation en secteur mère-enfant tels que :

Groupe sanguin des parents	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Groupe sanguin de l'enfant	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Test de Coombs	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Bilirubinémie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Numération formule	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Bilan infectieux (PCR)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autres	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

b) Ces renseignements vous semblent-ils tous pertinents ?

Oui Non (lesquels :)

8. En l'absence de bilirubinométrie transcutanée (flash), sur quels critères vous basez-vous pour prescrire une mesure sanguine ?

Valeurs des examens avant la sortie de maternité	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Teint de plus en plus ictérique	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Evolution de la courbe de poids	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Comportement de l'enfant	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Test de Coombs	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Autre (Précisez)				

9. a) Quelles conduites à tenir adoptez-vous lorsqu'un enfant est ictérique et nécessite une surveillance particulière ?

- Réalisation d'un prélèvement sanguin par vous-même à domicile
- Retour vers la Maternité Régionale A. Pinard
- Orientation vers un médecin (Pédiatre, généraliste)
- Envoi de l'enfant vers un laboratoire extérieur (qui réalise le prélèvement)
- Autres (Précisez :)

b) Si vous réalisez vous-même le prélèvement, comment est-il acheminé au laboratoire ?

- Par vous même
 Par les parents (vers quel laboratoire :)
 Autres (Précisez :

10. Utilisez-vous des courbes de photothérapie pour interpréter les résultats sanguins?

- Oui (lesquelles :)
 Non

11. Estimez-vous vos moyens de surveillance suffisants ?

- Oui Non

Propositions pour améliorer cette surveillance :

12. Vous est-il arrivé de rencontrer des difficultés lors du suivi d'un enfant ictérique ?

- Oui (décrivez :)
 Non

13. Vers qui vous adressez-vous lorsqu'un enfant ictérique nécessite une prise en charge particulière ?

- La Maternité régionale A. Pinard (service :)
 Le service d'urgences pédiatrique de l'hôpital d'enfant de Nancy
 Autre :

14. Etes-vous satisfaite des possibilités vers lesquels vous pouvez vous adresser en cas de nécessité de suivi particulier ?

- Oui Non

Propositions :

15. Quelle (s) est (sont) votre (vos) expérience (s) antérieure (s) dans votre exercice de sage-femme : secteur public/privé ? dans quel service ? durée ?

.....
.....

16. Pensez-vous que cette (ces) expérience (s) antérieure (s) vous est (sont) utile (s) pour la surveillance de l'ictère dans votre exercice libéral?

- Oui Non

17. Est-ce qu'une rencontre avec des professionnels qualifiés vous intéresserait afin d'approfondir vos connaissances ?

- Oui Non


Vos attentes particulières :

Merci d'avoir répondu à ces différentes questions qui m'aideront dans la concrétisation de mon mémoire de fin d'étude. Je ne manquerai pas de vous informer des suites de mon étude.

Une enveloppe est mise à votre disposition afin de me retourner ce questionnaire.

ANNEXE 9


Feuille de surveillance clinique du nouveau-né

Surveillance clinique du nouveau-né					
					
NOUVEAU-NE					
Nom-Prénom :		Poids de naissance :			
Date de naissance :		Périmètre crânien :			
Terme :		Groupe sanguin :			
Vitamine K1 donnée le :		Dépistage réalisé le :		Examen du 8 ^{ème} jour le :	
Nom du médecin :					
Dates					
Nom du soignant					
EXAMEN CLINIQUE / SOINS (entourer la juste réponse)					
Température					
Poids du jour					
Poids	Problème concernant la prise de poids (* se référer à la courbe de poids)	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
	- Si oui, perte de poids	< 7% / 7-10% / >= 10%	< 7% / 7-10% / >= 10%	< 7% / 7-10% / >= 10%	< 7% / 7-10% / >= 10%
	Reprise du poids de naissance	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Comportement / vigilance de l'enfant					
Tonus					
Réflexes archaïques					
Examen cardio-pulmonaire					
Coloration					
Temps de recoloration < 3sec.		OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Pouls fémoraux					
Périmètre crânien					
Fontanelles					
Cordon ombilical					
Ictère		OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON
Bilirubinémie mesurée		Transcutanée / Sanguine	Transcutanée / Sanguine	Transcutanée / Sanguine	Transcutanée / Sanguine

Dates					
Nom du soignant					
ALIMENTATION					
Alimentation maternelle	Nombre de tétées par 24h	Mise au sein			
		Tiré-donné			
Compléments		Lait maternel			
		Lait artificiel			
Lait artificiel	Nombre de biberons par 24h				
	Quantité (ml)				
ELIMINATION					
Nombre de selles par 24h					
Nombre de mictions par 24h					
TRAITEMENT					
Vitamine D donnée					
EVALUATION AIDE AUX SOINS DU NOUVEAU-NE					
Bain		Acquis / Besoin d'aide			
Change		Acquis / Besoin d'aide			
Soin de l'ombilic		Acquis / Besoin d'aide			
Venue de l'aide soignante envisagée ?					
Transmission à suivre		OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

ANNEXE 10

Organisation de la prise en charge d'une patiente en HAD

	Organisation de la prise en charge d'une patiente en HAD Obstétrique	DV2 / PC / RTR / 03 Accueil	1/2
		Version 1 MAJ : 12/02/09	

1- Pourquoi, pour qui ?

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation de longue durée pour vos patientes qui présentent une pathologie de l'ante-partum ou du post-partum.


2- La structure et l'équipe médico-soignante

L'HADAN, **structure de coordination** (cf. article 6121-4 du CSP)

- établit le lien entre la ville et l'hôpital au niveau médical et paramédical,
- coordonne et organise à domicile les interventions des différents professionnels, à partir d'un projet thérapeutique établi conjointement avec l'équipe hospitalière.

L'équipe **médico-soignante de l'HADAN** a pour mission essentielle, la **coordination**. Sa composition est la suivante :

- 2 médecins coordonnateurs
- 1 cadre de santé
- 1 sage-femme coordinatrice
- 3 infirmières coordinatrices
- 5 aides-soignants
- 1 assistante sociale
- 1 psychologue




Cette équipe s'articule avec les équipes de **soignants libéraux** : sages-femmes, médecins, infirmier(e)s ... qui **réalisent les soins de vos patientes**.

3- Notre collaboration

Le médecin traitant :

- Votre rôle auprès de vos patientes reste identique.
- En cas d'intervention au chevet de votre patiente, merci de nous retourner :
 - La convention signée
 - Un Relevé d'identité bancaire
 - La feuille de soins que vous aurez remplie à chacune de vos visites.
- Lorsque vous n'êtes pas disponible, l'HADAN sollicite l'intervention de SOS Médecins



La sage-femme libérale :

Elle est le pivot de la prise en charge :

- Elle assure le suivi médical quotidien dans la limite du champ de ses compétences
- Elle oriente la patiente en fonction des besoins et de l'urgence vers la maternité régionale ou vers le médecin traitant.

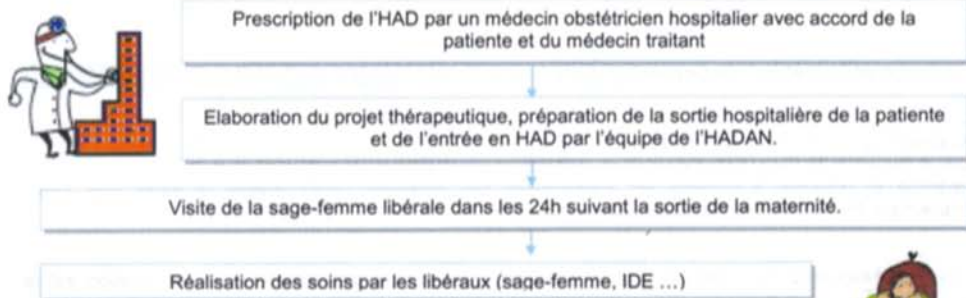
Le médecin coordonnateur et la sage-femme coordinatrice :

- Ils ne soignent pas, ne se substituent pas au médecin traitant ni à la sage-femme libérale.
- Ils sont un lien avec les structures hospitalières.
- Ils sont garants :
 - de l'application du projet thérapeutique
 - de la continuité et la permanence des soins (nuit et week-end).

Si vous utilisez / diffusez un exemplaire papier de ce document, vérifiez sa valeur. La version PDF en vigueur se trouve en informatique.

4- Le fonctionnement

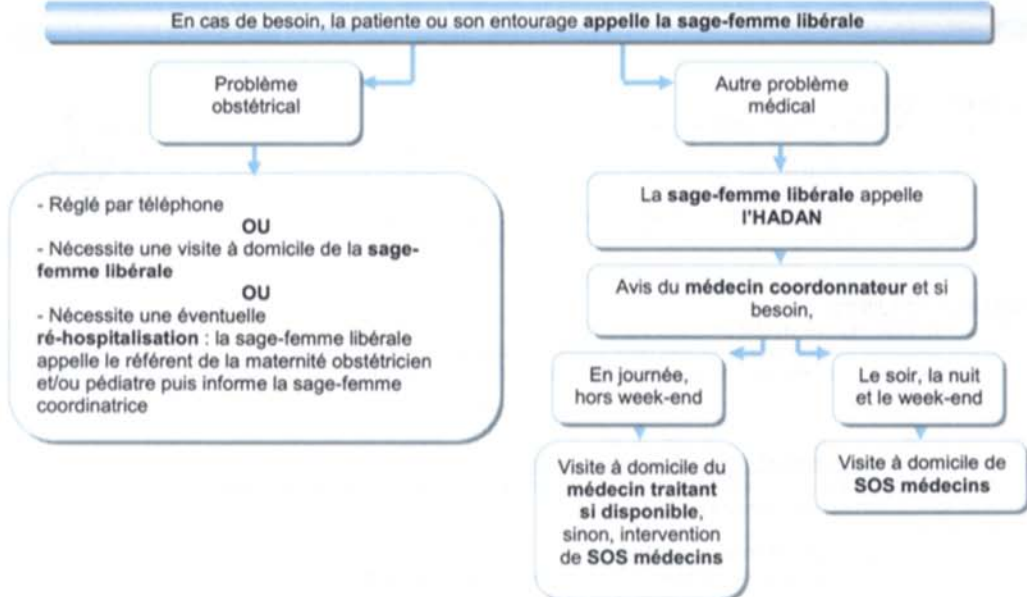
4.1- La prise en charge d'un patient en HAD :



4.2- Les outils de transmission des informations :

La transmission des informations se fait grâce à un **dossier médical** laissé au domicile de la patiente.


4.3- La permanence et la continuité des soins 7j/7, 24h/24 :



Si vous utilisez / diffusez un exemplaire papier de ce document, vérifiez sa valeur. La version PDF en vigueur se trouve en informatique.

ANNEXE 11

Demande d'entrée en HAD obstétrique

	Demande d'entrée en HAD obstétrique	FM1 / PC / PEC / 04 Accueil	1/1
		Version 1 MAJ : 19/02/09	

A faxer au 03.83.28.48.79

Date :

Le docteur en qualité d'obstétricien, Signature :
demande l'entrée en HAD de Mme

Le docteur en qualité de pédiatre, Signature :
autorise la sortie de l'enfant

MOTIF D'ENTRÉE :

<u>MÈRE :</u>	<u>ENFANT :</u>
<input type="checkbox"/> Pathologie de la grossesse	<input type="checkbox"/> Surveillance poids
<input type="checkbox"/> Cicatrice périnéale	<input type="checkbox"/> Surveillance alimentation
<input type="checkbox"/> Difficulté à l'allaitement	<input type="checkbox"/> Surveillance d'absence d'ictère
<input type="checkbox"/> Césarienne	<input type="checkbox"/> Test de dépistage à réaliser
<input type="checkbox"/> Grossesse multiple	
<input type="checkbox"/> Anémie – traitement en cours	
<input type="checkbox"/> Traitement anticoagulant	
<input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse	<u>AUTRE :</u>
<input type="checkbox"/> Risque de dépression	
<input type="checkbox"/> Problèmes sociaux	

Coller ici l'étiquette administrative

N° de tél. vérifié : oui non
Adresse vérifiée : oui non
Compléter adresse par :
 Nom ou n° de la sonnette :
 Etage :
 Autre élément distinctif pour trouver facilement l'adresse :.....

● 17, rue du Bois de la Champelle ● BP 11216 ● 54506 Vandoeuvre Lès Nancy ● Tél. 03 83 44 43 42 ● Fax : 03 83 28 48 79 – 03 83 41 08 42
● E-mail : accueil.hadan@hadan.fr

MARCHAL Mélanie

Promotion 2009

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Ecole de Sages-femmes A. Fruhinsholz
Rue du Docteur Heydenreich
54 000 NANCY

Intitulé : Evaluation du suivi de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des retours précoces à domicile des nouveau-nés de la Maternité Régionale de Nancy

Domaine : Pédiatrie, Obstétrique

Mots-clés : retour précoce à domicile – ictère néonatal – ictère nucléaire – sortie précoce – HADAN – Sage-femme libérale

Résumé :

La Maternité Régionale de Nancy et les sages-femmes libérales de l'agglomération nancéienne organisent une surveillance particulière du nouveau-né potentiellement ictérique lors du Retour Précoce à Domicile.

Cette surveillance s'appuie essentiellement sur le respect des recommandations décrites dans le rapport de la Haute Autorité de Santé de mai 2004.

Cependant, malgré la possibilité de recours à une association telle que l'HADAN (Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne), cette organisation présente quelques difficultés, mises en évidence par une étude réalisée auprès des sages-femmes libérales, qu'un travail en collaboration au long terme permettra d'améliorer. Ainsi, une réflexion sur les modalités de transmissions des informations et l'accès aux formations des professionnels assureront une qualité de surveillance du risque d'ictère néonatal à domicile.

XXXXXXXXXX

The Regional Maternity of Nancy and the liberal midwives of Nancy and its suburbs organize a particular surveillance of the newborn who could suffer from jaundice once he has come back home.

This surveillance is essentially based on the respect for the recommendations described in the report of the High Authorities of Health (May 2004).

Even if it is possible to appeal to an association such as the HADAN (Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne), this organization is not always efficient enough and this has been put in evidence in a study carried out with the liberal midwives. That is why a team work is necessary to improve the situation.

Thus, a reflexion on the means of transmissions of the informations and the access to the trainings of the professionals will assure a quality of surveillance to evaluate the risk of neonatal jaundice at home.