

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019-2020

**Le retour précoce à domicile : positionnement des
sages-femmes libérales d'Alsace face à la
sécurisation du couple mère-enfant**

Évaluation des pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

CELIMENDIZ Chloé Émilie Rosa

Née le 26 Juillet 1995 à Épinal

Directeur du mémoire : Mme Sarah BARBARIA

Codirecteur du mémoire : Mme Henriette WALTHER

Remerciements

Je tenais avant tout à remercier Mme BARBARIA Sarah, directeur de ce mémoire, pour son implication et ses relectures. Je remercie également Mme WALTHER Henriette, co-directeur de ce mémoire pour ses conseils avisés et son soutien lors des difficultés rencontrées.

Merci à Dr JOCHAULT Loïc pour son aide précieuse dans la réalisation des analyses statistiques.

Je souhaite également remercier toutes les sages-femmes libérales ayant répondu à ce questionnaire.

Merci à l'équipe pédagogique de l'école de Sages-Femmes de Strasbourg pour la qualité des enseignements fournis tout au long de ma scolarité.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers ma mère, ma sœur, mon père, toute ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel. Merci de m'avoir épaulé tout au long de ces années.

Merci à Léo, cet ami qui a supporté les nombreuses relectures et qui m'a soutenu coûte que coûte.

Je souhaite également remercier Dr GROFF Michèle pour ses relectures et corrections.

Merci à Sophie, sans qui ces années d'études n'auraient pas été aussi belles. Merci pour ton soutien et ta présence.

Merci à Jérémy, mon pilier au quotidien, merci pour tout.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion, mes futures collègues, pour ces moments de partage.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. Histoire de la naissance en France.....	2
II. Évolution de la durée de séjour	3
III. Définition et évolution du retour précoce à domicile	4
IV. Les explications de l'émergence des sorties précoces à domicile	6
V. Conditions pour les sorties précoces de la maternité	7
VI. La création d'un système d'accompagnement des couples mères-enfant après la naissance	9
VII. Les compétences des sages-femmes libérales	10
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
I. Type d'étude, population et choix de l'outil	13
II. Plan d'échantillonnage.....	16
III. Analyse des résultats.....	16
RÉSULTATS	18
I. Taux de réponses et caractéristiques de l'échantillon	19
II. Confrontation des résultats généraux aux recommandations de la HAS	20
III. Les définitions et recommandations du retour précoce à domicile : confrontation des résultats	21
IV. Surveillance des suites de couches de la mère	23
V. Surveillance de l'enfant.....	28
VI. Pathologies et réhospitalisations de la mère et de l'enfant	35
VII. Retour précoce et travail en réseau	36
VIII. Organisation du retour précoce à domicile	39
IX. Opinions et remarques.....	42
DISCUSSION	46
I. Intérêts et limites de l'étude	47

II.	Validité du travail	48
III.	Confrontation aux données de la littérature	48
1.	Connaissances des recommandations.....	48
2.	Surveillance de la mère	49
2.1.	L'examen des seins	50
2.2.	Informations autour de la vaccination données par les professionnelles ..	51
2.3.	Contraception.....	53
3.	Surveillance de l'enfant	53
3.1.	Dépistage de l'ictère néonatal.....	54
3.2.	Alimentation de l'enfant.....	56
3.3.	Dépistages néonataux	58
3.4.	Examen neuro-morphologique et auscultation cardiaque	59
4.	Conseils donnés aux mères	60
5.	Retour précoce à domicile et réhospitalisations	62
6.	Le travail en réseau	63
7.	Organisations du retour précoce à domicile	65
7.1.	Le PRADO	65
7.2.	La réalisation des VAD.....	65
7.3.	Préparation du retour précoce à domicile	66
7.4.	Documents de communications et transmissions	67
8.	Bilan de l'étude	69
IV.	Contexte actuel : le coronavirus et les retours précoces à domicile	69
V.	Pistes d'amélioration.....	70
VI.	Perspectives	75
	CONCLUSION	76
	BIBLIOGRAPHIE	78
	ANNEXES	86

Liste des sigles et acronymes :

- OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
- INSERM : Institut nationale de la santé et de la recherche médicale
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- T2A : Tarification à l'activité
- PRADO : le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile
- CSP : Code de la Santé Publique
- PMI : Protection maternelle et infantile
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- VAD : Visite à domicile
- BTC/BS : Bilirubine transcutanée/bilirubine sanguine
- ENM : Examen neuro-morphologique
- DPC : Développement professionnel continu
- NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*
- ANSF : Association nationale des sages-femmes
- CNAMTS : Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- MIN : Mort inattendue du nourrisson
- INVS : Institut national de veille sanitaire
- CPP : Centre périnatal de proximité
- CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant
- ARS : Agence régional de santé
- ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
- DMP : Dossier médical partagé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

I. Histoire de la naissance en France

En France, jusqu'au XXe siècle, la majorité des femmes accouche à domicile, dans l'intimité du foyer familial, avec un entourage exclusivement féminin. On retrouve la matrone (qui aide la femme à accoucher), ainsi que « les commères » (qui sont là pour soutenir la future mère). C'est une véritable histoire de femmes, avec une vision de la naissance autour de l'assistance, de l'entraide et du soutien. Après la venue de l'enfant, les « commères » venaient les jours suivants afin d'aider la jeune mère aux différentes tâches domestiques ou divers travaux que celle-ci, souvent alitée, ne pouvait alors pas effectuer. Ce soutien féminin permettait à la mère d'appréhender avec calme et sérénité la maternité (1).

L'apparition d'hommes accoucheurs, la volonté de former des sages-femmes, les développements de l'obstétrique avec la création de techniques instrumentales, de l'anesthésie, de l'hygiène traduisent un réel engouement de la part des médecins autour de la maternité, ainsi que la volonté des femmes de ne plus mourir en couches. À partir du XVIIe siècle, les hommes accoucheurs bouleversent les traditions et exclus la plupart des « commères » pour des raisons d'hygiène (1).

Au XIXe siècle, l'intérêt pour l'hygiène par Pasteur a été une réelle avancée dans les hôpitaux : les notions d'asepsie, antisepsie et stérilisation font leur apparition permettant une baisse radicale de la mortalité à l'hôpital. Ce dernier se transforme peu à peu en véritable lieu de soins qui était auparavant, perçu comme un lieu réservé aux pauvres et à la misère. L'hôpital devient un lieu où on trouve sécurité et techniques, permettant de prendre en charge, dans des conditions optimales, les différentes situations qui peuvent se présenter autour de la naissance d'un enfant (2).

Le soutien et l'accompagnement que pouvaient connaître les femmes par le passé, en accouchant à domicile, leur permettait de trouver un sens à leur douleur et de pouvoir la gérer du mieux possible grâce à cette aide. Or l'hôpital est un lieu où l'on pratique les « sciences modernes », dans lequel est mise en place une rigueur scientifique, et où les superstitions et les croyances n'y avaient pas leur place. L'apparition de techniques anesthésiantes et analgésiques (la péridurale) a permis de satisfaire la volonté des femmes de ne plus souffrir. De plus en plus de femmes

viennent alors accoucher à l'hôpital, modifiant les anciennes traditions de l'accouchement dans la douleur à un accouchement sans douleur (3).

C'est ainsi que, dans l'histoire de la naissance en France, nous pouvons observer deux changements considérables : les accompagnants et le lieu de l'accouchement. À partir de 1950, la majorité des naissances a lieu en milieu médicalisé, à l'hôpital. Les femmes exigent de plus en plus de sécurité, qui n'est alors pas possible à domicile. La naissance passe d'un acte d'entraide à un acte médical (1).

De plus, c'est à partir des années 1960 que la Sécurité Sociale met en place une prise en charge de l'hospitalisation de la mère et de l'enfant pendant 12 jours après l'accouchement. Ce nouveau dispositif va permettre de faciliter l'accès aux maternités (4).

L'évolution qu'a subie l'obstétrique a conduit les femmes à changer leur lieu d'accouchement qui autrefois, était le domicile familial.

II. Évolution de la durée de séjour

1. En France

Depuis quelques années, nous assistons à une diminution constante de la durée moyenne du séjour en maternité en France. Dans les années 80, la majorité des femmes était hospitalisée durant 7 à 9 jours en maternité après leur accouchement, avec une durée plus longue pour les césariennes (5).

D'après l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la durée moyenne de séjour pour un accouchement physiologique en France était de 5,3 jours en 1997 pour finalement diminuer et se stabiliser à 4 jours en 2016 (6).

Une enquête nationale périnatale de 2016 a été rédigée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES). Selon cette enquête, la durée de séjour en maternité après la naissance est identique à celle énoncée par l'OCDE pour un accouchement voie basse et en moyenne de 5,6 jours pour une césarienne (5).

2. À l'étranger

Cependant, même si la durée de séjour en maternité tend à diminuer en France, un écart important existe avec d'autres pays d'Europe. Par exemple en 2016, la durée moyenne de séjour en Allemagne est de trois jours et au Royaume-Uni est de un jour et demi.

Au Royaume-Uni, les sorties précoces de la maternité sont très fréquentes, avec pour relai un suivi à domicile par une sage-femme libérale durant huit jours en moyenne (7). Aux Pays-Bas, il existe un mode d'accompagnement des accouchées très spécifique. En effet, les femmes accouchant à domicile sont accompagnées d'une sage-femme appelée « *kraamerzorgster* ». Cette dernière serait présente environ six heures par jour durant les huit premiers jours en moyenne dans les suites de couches afin d'apporter aides et conseils à la mère en matière de soins néonataux et d'allaitement. À cela s'ajoutent les visites d'une sage-femme 6 à 10 fois en moyenne dans les 10 à 12 jours (7).

C'est alors que sous l'influence des pays voisins, de la hausse des naissances avec en parallèle la fermeture des petites structures, de la demande des professionnels mais aussi des patientes, des alternatives à l'hospitalisation se sont avérées nécessaires. Le retour précoce à domicile est donc devenu un choix possible.

III. Définition et évolution du retour précoce à domicile

De manière générale, dans la littérature, nous trouvons que les sorties de la maternité sont précoces si elles surviennent plus tôt que ce qui est habituel dans la maternité concernée.

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) actualise les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2004) concernant le retour précoce à domicile et insiste sur la notion de sécurité (8). Il paraissait évident de pouvoir préciser les conditions des sorties de maternité pour les couples mère-enfant. De plus, ces nouvelles recommandations ont pour but de prévenir l'apparition de complications tant chez la mère que chez l'enfant dans le post-partum (7).

En effet, en 2010, l'Académie nationale de médecine informe dans un communiqué, une résurgence de l'ictère néonatal en France, comme dans plusieurs autres pays du monde (9).

De plus, il existerait un lien entre l'ictère néonatal et les sorties précoces de la maternité. En effet, l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né s'étend de trois à cinq jours. Des affections sévères peuvent se manifester au-delà de 48 heures de vie comme, par exemple, l'hyperbilirubinémie avec un risque d'ictère néonatal. Une continuité de soins et de surveillance adaptée paraît être indispensable afin de permettre le dépistage de pathologies pouvant apparaître quelques jours après la naissance (10).

1. Définition

L'HAS différencie alors les retours standards des retours précoces à domicile et met à jour les durées de séjours en définissant les sorties précoces non plus en jours, mais en heures afin d'être plus précis.

Les séjours « standards » après un accouchement ont des durées d'hospitalisations de 72 à 96 heures en cas d'accouchement voie basse et de 96 à 120 heures en cas de césarienne.

Les sorties précoces de la maternité, réservées aux couples mère-enfant à bas risques médical, psychique et social, sont des séjours **de moins de 72 heures en cas de voie basse et de moins de 96 heures en cas de césarienne.**

De plus, deux visites sont systématiques ainsi qu'une troisième recommandée dans le cadre du suivi des femmes et des nouveau-nés lors des retours précoces à domicile contre une obligatoire en cas de sortie standard (7).

2. Évolution

Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, nous pouvons apprécier l'évolution de la durée de séjour et plus précisément le pourcentage de sorties précoces. Dans cette enquête tout comme dans la littérature, il n'était pas possible de déterminer avec exactitude le nombre de sorties précoces car seul le jour de la sortie de la maternité était connu. De manière générale, que ce soit pour les accouchements

par voie basse ou pour les césariennes, le nombre de séjours de trois jours a augmenté de 2010 à 2016, tandis que le nombre de séjours de quatre jours a diminué. Néanmoins, une estimation sur la fréquence des sorties précoces a pu être effectuée, démontrant une augmentation. Cette fréquence passa de 3,3 % en 2010 à 5,0 % en 2016 pour les accouchements par voie basse et de 2,8 % à 5,8 % pour les césariennes (5).

IV. Les explications de l'émergence des sorties précoces à domicile

1. Réorganisation des maternités

La France a connu de grands bouleversements ayant permis une avancée importante en matière de périnatalité. Nous avons pu observer une modification conséquente du paysage obstétrical en France avec une réorganisation des maternités.

À la suite de l'enquête périnatale de 1998, la France a connu une réorganisation des maternités, toujours dans le but de privilégier la sécurité du couple mère-enfant et de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Trois types d'établissements sont créés selon les risques pouvant être présents pour la mère et pour l'enfant au moment de la naissance : les trois types disposent d'une unité d'obstétrique. Le type 2 dispose en plus d'une unité de néonatalogie. Le type 3 dispose d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation. Cette restructuration définit une limite basse du nombre d'accouchements par an par maternité leur permettant de rester en activité. C'est alors qu'un certain nombre de maternités, ayant un nombre d'accouchements inférieur à 300 par an, ont vu leurs portes se fermer. Depuis, plus de la moitié des maternités ont été fermées afin de privilégier les plus grandes structures. En parallèle, une diminution du nombre de lits dans les hôpitaux a été observée. Ce changement d'organisation au sein des maternités a contraint les patientes à se diriger vers des maternités de plus grandes envergures. Ces dernières ont alors vu leurs activités augmenter.

Parallèlement, le nombre de naissances par an a toujours été conséquent au cours de ces dernières années malgré une baisse au cours des quatre dernières années d'après une étude de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) : 758 000 naissances en 2018 soit 14000 de moins qu'en 2017 et 20000 de

moins qu'en 2015 (11). La durée moyenne de séjour en maternité a dû être réduite afin de satisfaire les besoins et permettre la rotation des lits (12).

Ces différentes réorganisations avaient pour but d'améliorer la prise en charge des mères et des enfants, tant autour de la grossesse que de la naissance.

2. Gestion budgétaire

La gestion budgétaire des hôpitaux est une préoccupation politique de santé dans notre pays. Ceci, avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 dans le cadre du plan « hôpital 2007 », a contribué au raccourcissement de la durée du séjour dans les maternités (7).

3. Demande des couples

Par ailleurs, une étude menée par la DRESS en 2008 a pu montrer que la plupart des jeunes mères étaient satisfaites de la durée du séjour à la maternité. En revanche, 21% trouvaient tout de même leur séjour à la maternité trop long. Par ailleurs, il existe une volonté des couples de retrouver l'environnement familial le plus tôt possible (13).

Le retour précoce à domicile semble être une bonne alternative au contexte actuel autour des suites de couches.

V. Conditions pour les sorties précoces de la maternité

Afin de permettre une sortie précoce du couple mère-enfant, l'HAS définit des conditions optimales permettant le retour à domicile (7).

L'HAS évoque quatre critères :

1. Information des femmes et des couples :

En effet, lors du séjour à la maternité, l'équipe médicale a pour devoir d'informer la mère ou le couple sur le déroulement du séjour à la maternité et des suites de couches mais aussi sur la prise en charge à la sortie de la maternité pour elle et son enfant.

L'accompagnement des femmes et des couples durant le séjour à la maternité doit favoriser l'autonomie des parents. Ces éléments peuvent être diffusés de différentes manières : guides et brochures explicatifs (envoyés par voie postale ou présents dans les lieux de consultations), sites internet ou encore informations orales comme par exemple, l'entretien prénatal précoce. Par ailleurs, des informations de prévention et de surveillance concernant le nouveau-né se trouvent dans le carnet de santé de l'enfant et permettent aux parents de s'y référer.

De plus, les préparations à la naissance et à la parentalité ont aussi pour objectif de donner des informations aux femmes ou aux couples englobant les différents éléments présents au cours du post-partum et du retour à domicile.

Depuis février 2019, l'avenant 4 met en place un nouvel acte de prévention : **le bilan prénatal**. Il permet d'informer la patiente autour de la vaccination, du suivi bucco-dentaire, de l'alimentation, des comportements à risque etc. Il donne lieu à un contact anténatal primordial entre la patiente et la sage-femme libérale qui assurera le suivi lors du retour à domicile (14) (15).

2. Le consentement doit être donné par la mère et/ou le couple en cas de retour précoce à domicile :

Une sortie précoce de la maternité ne peut en aucun cas être imposée à la femme et/ou au couple. De plus, lorsque la femme et/ou le couple envisage une sortie précoce, il est important de leur préciser que cette décision peut être révisée à tout moment en fonction de l'évolution des données médicales.

3. Les critères d'éligibilité doivent être satisfaisants :

Il est alors important de définir une population cible, dite à bas risque médical, psychique et social pour permettre une sortie précoce de la maternité en toute sécurité. L'HAS a défini des critères spécifiques pour la mère et pour l'enfant qui permettent la continuité et la sécurité de leur prise en charge (Annexe IV).

4. Le suivi médical du couple mère-nouveau-né doit être organisé avant la sortie :

À nouveau, dans une préoccupation de sécurité du couple mère-enfant, il convient que le suivi médical soit organisé après la sortie de la maternité afin de dépister précocement toutes complications ou situations à risques. Il est donc impératif

d'organiser une sortie précoce de la maternité dans des conditions optimales. Si ces conditions ne sont pas respectées, le retour précoce à domicile ne pourra pas être possible : la visite à domicile doit obligatoirement être prévue et effectuée dans les 24 heures suivant la sortie.

VI. La création d'un système d'accompagnement des couples mères-enfant après la naissance

Depuis 2010 un programme d'accompagnement des couples mère-enfant a été mis en place par l'Assurance Maladie : le PRADO. Un conseiller de la caisse primaire de l'Assurance Maladie se présente auprès de la mère durant le séjour, afin de mettre en place cet accompagnement et de proposer une visite d'une sage-femme libérale après le retour à domicile. Ce programme a vu le jour dans les buts de permettre un retour à domicile plus rapide après un séjour sans complication et d'avoir un accompagnement à domicile par une sage-femme libérale (16).

Selon une étude de la DREES datant de 2016, la part des maternités en France proposant cet accompagnement était de 79 %. Depuis les nouvelles recommandations de l'HAS en 2014, le programme PRADO a été étendu pour les sorties précoces (17).

Ce programme est instauré selon des critères d'éligibilité :

Pour la mère :

- Agée au moins de 18 ans ;
- Absence de handicap psychique ;
- Absence de comorbidités ;
- Absence de complications ;
- Appartenance au régime générale de l'Assurance Maladie.

Pour l'accouchement :

- Accouchement par voie basse

Pour le nouveau-né :

- Naissance d'un seul enfant (pas de naissances multiples) ;

- Né à terme (37-42 semaines d'aménorrhée) dont le poids correspond à l'âge gestationnel ;
- Nouveau-né n'ayant pas besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier ;
- Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis) (7).

VII. Les compétences des sages-femmes libérales

Comme énoncé ci-dessus, dans le cadre de l'eutocie, l'accompagnement à la sortie de la maternité peut être assuré par les sages-femmes libérales, qui sont en constante augmentation (soit 11% par an au cours de ces cinq dernières années) (18). Ce sont les garantes de la sécurité du couple mère-enfant.

D'après l'article R4127-318 du code de déontologie, présent dans le code de la santé publique (CSP) « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la **surveillance des situations non pathologiques et au dépistage des pathologies** concernant :

- Les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et **durant la période postnatale**
- **Le nouveau-né**

La sage-femme est notamment autorisée à pratiquer **les dépistages des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né** » (19).

Selon le référentiel métier et compétences de la sage-femme (Annexe I), cette dernière doit pouvoir réaliser un diagnostic, décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge, effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge. La sage-femme a en effet un droit de prescription bien défini, pour la mère et pour l'enfant. Elle a pour compétences d'accueillir la mère et l'enfant, de réaliser l'anamnèse, l'examen général du nouveau-né, l'examen général et gynéco-obstétrical de la mère, apporter des conseils adaptés au contexte, dépister les situations de vulnérabilité mais aussi s'assurer d'une bonne mise en place de l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel (20).

Elles sont donc des actrices de première ligne dans ce suivi à domicile.

Cependant, les pratiques des sages-femmes libérales sont-elles en adéquation avec les recommandations de l'HAS instaurées en 2014 ? Le retour précoce à domicile permet-il une sécurisation optimale du couple mère-enfant ? Quel est le positionnement des sages-femmes libérales vis-à-vis de l'instauration du retour précoce à domicile chez les jeunes mères ?

Suite à nos interrogations, la question suivante s'est posée : Quel est le positionnement des sages-femmes libérales d'Alsace en matière de sécurisation du couple mère-enfant dans le cadre du retour précoce à domicile ?

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes libérales afin de déterminer si le retour précoce à domicile offre aux couples mère-enfant une sécurité adéquate lors des suites de couches. L'objectif secondaire était de déterminer si les sages-femmes libérales sont favorables au retour précoce à domicile.

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les sages-femmes libérales assurent un suivi permettant une sécurisation du couple mère-enfant en accord avec les recommandations de l'HAS ;
- Les sages-femmes libérales sont favorables à la mise en place du retour précoce à domicile chez les couples mère-enfant.

Ainsi, pour répondre à la question de recherche, une étude auprès des sages-femmes libérales d'Alsace a été réalisée. Nous présenterons dans un premier temps le matériel et la méthode, puis les résultats de l'étude, qui seront enfin discutés et confrontés à la littérature.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'étude, population et choix de l'outil

1. Type d'étude

Pour répondre à cette question, il a été réalisé une enquête quantitative de type transversale observationnelle descriptive. Il s'agissait d'une étude auprès des sages-femmes libérales assurant le suivi des suites de couches dans le cadre d'une sortie précoce de maternité.

2. Définition de la population

Spatialement, la population se limitait à la région d'Alsace, qui comporte deux départements, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin.

L'échantillon regroupait : les sages-femmes libérales du Haut-Rhin et du Bas-Rhin assurant le suivi du post partum des mères et des nouveau-nés à domicile, après une sortie précoce.

Une fois renseignés sur le nombre de sages-femmes libérales d'Alsace, une estimation du nombre de réponses au questionnaire a pu être obtenue. Celle-ci était de 170.

Critères d'inclusions :

- Sages-femmes exerçant en libéral en Alsace (y compris les sages-femmes libérales ayant une activité mixte en établissement public ou privé)

Critères d'exclusions :

- Sages-femmes travaillant exclusivement dans les établissements publics ou privés
- Sages-femmes territoriales

3. Choix de l'outil

Un questionnaire a été élaboré à l'attention des sages-femmes libérales d'Alsace, afin de pouvoir répondre à la problématique.

Le questionnaire a semblé être l'outil le plus adapté, permettant d'interroger une vaste population sur une période de courte durée, tout en préservant l'anonymat des personnes interrogées.

Le questionnaire a été diffusé de façon numérique pour des raisons de logistiques.

La plateforme sécurisée et gratuite en ligne « Soorvey » a donc été celle choisie comme hébergeur pour le questionnaire.

Les réponses au questionnaire ont été recueillies sur un serveur sécurisé. Une fois les données récupérées, nous les avons détruites de l'hébergeur.

Le questionnaire était formé de questions ouvertes et fermées et contenait six parties (Annexe II), ayant pour but :

- **Partie 1 – Informations générales** : obtenir des données permettant une analyse des résultats en créant différents sous-groupes au sein de l'échantillon ;
- **Partie 2 – Renseignements sur le retour précoce et les suites de couches à domicile** : répondre à notre problématique principale et plus précisément d'évaluer les connaissances des sages-femmes libérales concernant le retour précoce à domicile ;
- **Partie 3 – Paramètres de surveillance recherchés par la sage-femme concernant la mère**
- **Partie 4 – Paramètres de surveillance recherchés par la sage-femme concernant l'enfant**
- **Partie 5 – Transmissions**
Le but des parties 3, 4 et 5 était de répondre à l'autre item de notre problématique principale à savoir d'évaluer les pratiques des sages-femmes libérales concernant le retour précoce à domicile ;
- **Partie 6 – Opinion** : répondre à notre objectif secondaire à savoir si les sages-femmes libérales sont favorables au retour précoce à domicile.

Les recommandations de l'HAS de 2014 concernant le retour précoce à domicile ont été la base pour élaborer le questionnaire.

Concernant les questions 7, 8 et 9 (partie 2 du questionnaire) : les recommandations ont été considérées comme connues si la réponse exacte était choisie (une seule réponse possible à chaque question).

Concernant la question 13, les recommandations ont été considérées comme connues si la proposition « toujours » était choisie.

Concernant les questions 16, 17 (partie 3) et 20 et 21 (partie 4), les recommandations ont été considérées comme connues si la proposition « toujours » était choisie à chaque item.

Avant la diffusion du questionnaire, un test de fiabilité du questionnaire a été réalisé. Trois sages-femmes libérales de l'Île de France ont pu alors répondre au questionnaire. Ces professionnels de santé ne faisaient pas partie de notre population choisie pour l'étude. À la suite de leurs retours, aucun réajustement n'a été nécessaire au niveau du questionnaire.

Une autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été obtenue pour notre enquête (Annexe III).

En plus de cette étude quantitative, illustrée par un questionnaire, une revue de la littérature en français et en anglais a été réalisée afin de confronter les résultats aux recommandations actuelles. Les bases de données utilisées ont été Pubmed, EMpremium et la Cochrane après identification sur le portail universitaire de Strasbourg). Les recherches ont de même été réalisées à partir du moteur de recherche Google Scholar.

Ainsi, nous avons utilisé des mots clés tels que « retour précoce à domicile », « sortie précoce », « maternité », « sécurité », « couple-mère enfant », « sage-femme », et « post-partum ». Ainsi que leur équivalent en anglais : « early postnatal discharge », « maternity », « security », « mother-child couple », « midwife », et « postpartum ». Une première sélection d'articles a été réalisée grâce à leurs titres et résumés, pour ensuite réaliser une lecture plus approfondie.

II. Plan d'échantillonnage

Au début du mois de décembre 2018, nous avons contacté une sage-femme libérale par courriel. Cette dernière s'occupe de diffuser via une plateforme sécurisée les questionnaires des étudiantes sages-femmes, afin de faire le lien avec les sages-femmes libérales d'Alsace. Celle-ci a alors accepté de diffuser le questionnaire par voie numérique.

Dans ce courriel, l'étude a été exposée ainsi que la problématique et la méthodologie utilisée.

Nous avons de même demandé une estimation du nombre de professionnels en Alsace concernés par notre étude. Ceci nous a permis d'obtenir l'estimation précise du nombre de réponses potentielles à cette enquête, sachant qu'il y a 115 sages-femmes libérales dans le Bas-Rhin et 55 sages-femmes libérales dans le Haut-Rhin.

La diffusion du questionnaire a alors débuté le 21 février 2019. Après une première relance peu efficace au mois de mars, une deuxième relance en avril et une dernière en mai, la réception du questionnaire s'est clôturée le 21 juin 2019.

III. Analyse des résultats

Les données ont été enregistrées dans le logiciel tableur Excel en élaborant un tableau d'analyse. Chaque questionnaire a été numéroté dans l'ordre de récupération, ce qui a permis de vérifier l'exactitude des données entre le site hébergeur de l'étude et le tableau d'analyse.

Les données ont été analysées grâce au système SAS Institute Inc., Cary, NC, USA. Les variables qualitatives ont été comparées par des tests du Chi-2, Fisher ou ANOVA selon leurs conditions d'application respectives. De plus, une valeur de p inférieure à 0,05 a été fixée comme seuil de significativité.

Une étude comparative a été réalisée en fonction de l'expérience professionnelle depuis l'obtention du diplôme d'État de sage-femme. En effet, ce choix a semblé être le plus judicieux et le plus représentatif de l'expérience professionnelle par rapport à l'expérience en milieu libéral.

Les professionnelles ont été regroupés en trois groupes. Chaque groupe représente une tranche d'expérience professionnelle en fonction du nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme :

- Le premier groupe comprend les professionnelles ayant obtenu leur diplôme depuis zéro à cinq ans (n= 15) : ce sont les novices ;
- Le deuxième groupe comprend les professionnelles ayant obtenu leur diplôme depuis 6 à 19 ans (n= 20) : ce sont les expérimentées ;
- Enfin, le dernier groupe comprend les professionnelles ayant obtenu leur diplôme depuis plus de 20 ans (n= 25) : ce sont les confirmées.

Ces groupes ont été choisis selon une logique propre, afin de ne pas avoir une limite d'ancienneté franche, simplifier les analyses et obtenir une distribution homogène (21) (22).

RÉSULTATS

I. Taux de réponses et caractéristiques de l'échantillon

1. Taux de réponses

Le questionnaire a été envoyé auprès de 170 sages-femmes. Au total, 60 réponses au questionnaire ont été récupérées. Cela représente un taux global de 35,29% de réponses. Ayant fixé comme limite minimum 30% de réponses à l'étude, il a été possible de réaliser une analyse statistique.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Dans l'échantillon, 100 % des questionnaires ont été remplis par des femmes.

La moyenne du nombre d'années d'expérience dans le métier est de 17,85 ans et de 8,27 ans pour le nombre d'années d'expérience en libéral.

La durée d'exercice la plus courte :

- Depuis l'obtention du diplôme : un an ;
- En libéral : deux semaines.

La durée d'exercice la plus longue :

- Depuis l'obtention du diplôme : 41 ans ;
- En libéral : 30 ans.

Le pourcentage de pratique du retour précoce à domicile par les professionnelles de l'échantillon est de 96,67%.

Le manque d'occasion, la disponibilité immédiate nécessaire et le manque de professionnels de santé à proximité (pédiatres et gynécologue-obstétriciens) étaient les raisons des deux sages-femmes libérales ne pratiquant pas les retours précoces à domicile.

Il existe une égalité relative concernant le nombre de sages-femmes libérales travaillant en cabinet :

- Seule : 28,33%
- Deux : 38,33%
- Plus de deux : 33,33%

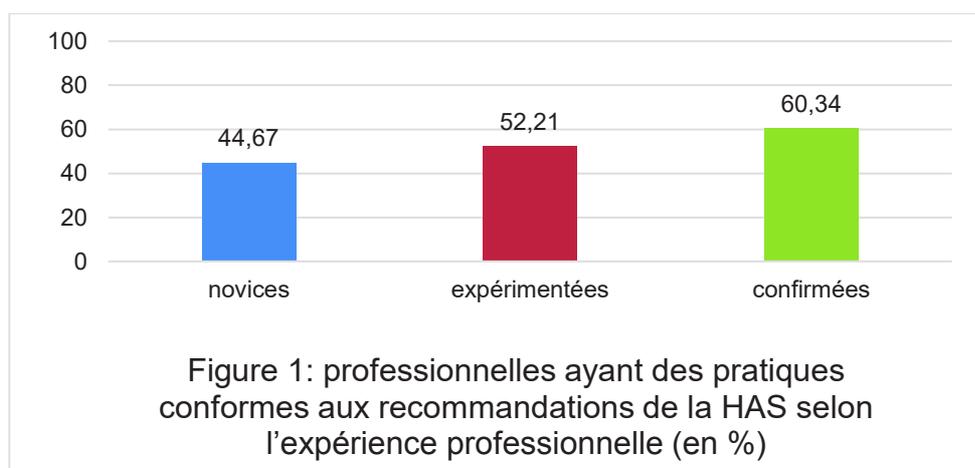
N'ayant pas d'hommes dans l'échantillon, les données en fonction du sexe ne pourront pas être analysées.

Une étude comparative a été réalisée en fonction de l'expérience professionnelle depuis l'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

II. Confrontation des résultats généraux aux recommandations de la HAS

De manière générale, 53,60% des sages-femmes libérales assurent un suivi de la mère et de l'enfant lors de retours précoces à domicile en accord avec les recommandations de la HAS.

La figure ci-dessous représente la proportion de professionnels assurant des pratiques en accord avec les recommandations de la HAS selon l'expérience professionnelle (figure 1).



D'après le test statistique ANOVA, il existe une différence significative entre les trois groupes concernant les pratiques des professionnels en accord avec les recommandations de la HAS ($p=0,01$).

III. Les définitions et recommandations du retour précoce à domicile : confrontation des résultats

1. Selon l'échantillon total

De manière générale, 85,08% des sages-femmes connaissent la définition du retour précoce et les modalités permettant celui-ci.

La connaissance des définitions et recommandations du retour précoce à domicile par l'échantillon total est résumée dans le tableau ci-dessous (tableau I).

Tableau I : Taux de conformité des sages-femmes libérales ayant connaissance des définitions et recommandations du retour précoce à domicile.

Questions	Pourcentage (%) (n=59)
Définition d'une sortie précoce pour un accouchement voie basse	86,44
Définition d'une sortie précoce pour une césarienne	86,44
Nombre de visites à domicile recommandées de manière systématique	79,66
Délai recommandé pour effectuer la première visite à domicile	96,61
Délai pour effectuer la première visite à domicile en pratique	76,27

*n : effectif

2. Selon l'expérience professionnelle

Les sages-femmes du groupe « novices » et « expérimentées » ont une meilleure connaissance des définitions et des recommandations concernant le retour précoce à domicile avec respectivement 89,33% et 89% de conformité.

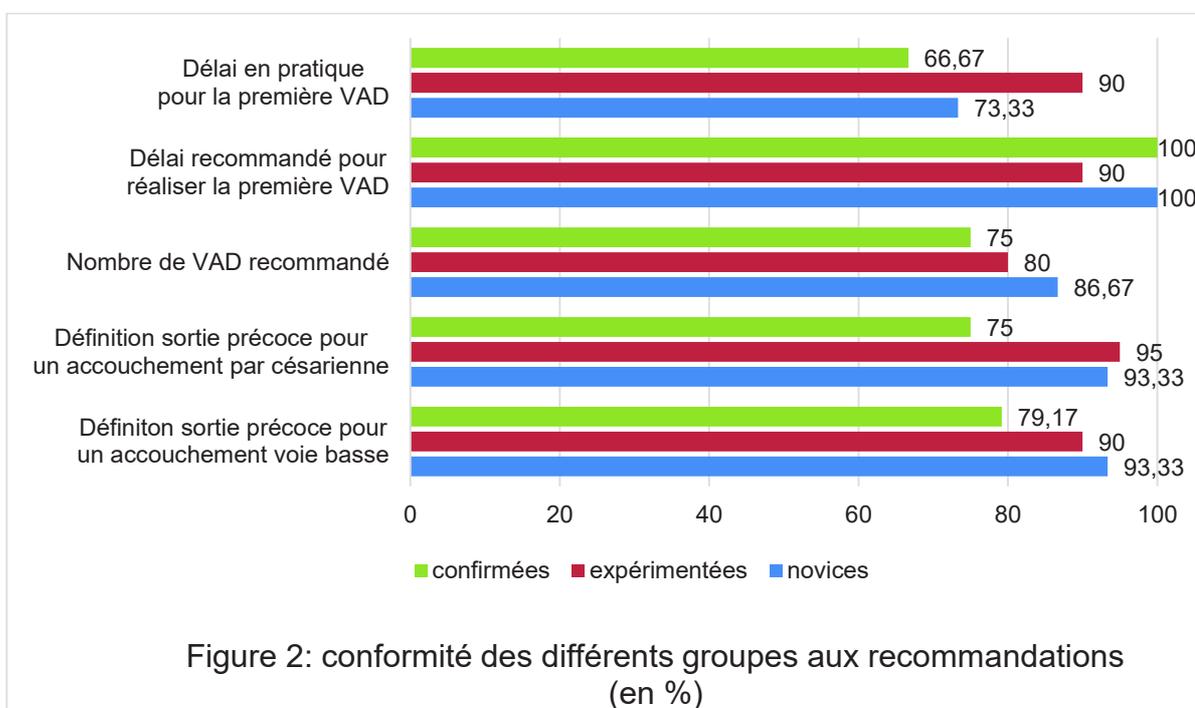
Les sages-femmes appartenant au groupe des « confirmées » ont 79,17% de conformité.

Le test statistique ANOVA ne permet pas de mettre en évidence une différence significative entre les trois groupes concernant la proportion de sages-femmes

libérales ayant connaissance des définitions et recommandations du retour précoce à domicile.

Concernant la définition d'une sortie précoce pour un accouchement voie basse et par césarienne, et le nombre de visites à domicile (VAD) recommandé, le groupe « expérimentées » et « novices » sont celles ayant le taux de connaissances le plus élevé.

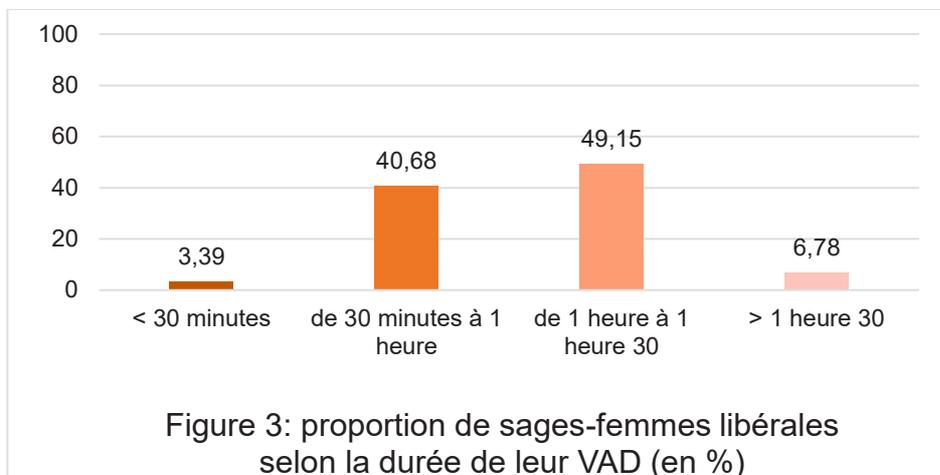
La totalité des sages-femmes libérales du groupe « confirmées » et « novices » connaissent le délai pour réaliser la première VAD. Mais concernant le délai en pratique pour réaliser la première VAD, le groupe des « expérimentées » est le plus en accord avec les recommandations actuelles (figure 2).



Le test exact de Fisher ne permet pas de mettre en évidence une différence significative entre les trois groupes concernant les définitions d'un retour précoce à domicile pour un accouchement voie basse et pour une césarienne.

De même pour le nombre de visites à domicile recommandées de manière systématique, le délai recommandé pour réaliser la première visite à domicile ainsi que le délai de prise en charge en pratique pour la première visite à domicile.

La moitié des sages-femmes libérales réalise leur VAD dans une durée de 1 heure à 1 heure 30 (figure 3).



La majorité des sages-femmes libérales (94,74%) indiquent que le PRADO est associé au retour précoce à domicile. Pour chaque fréquence, il est associé au retour précoce à domicile (en %) :

- Toujours : 35,18%
- Régulièrement : 61,11%
- Rarement : 3,7%
- Jamais : 0%

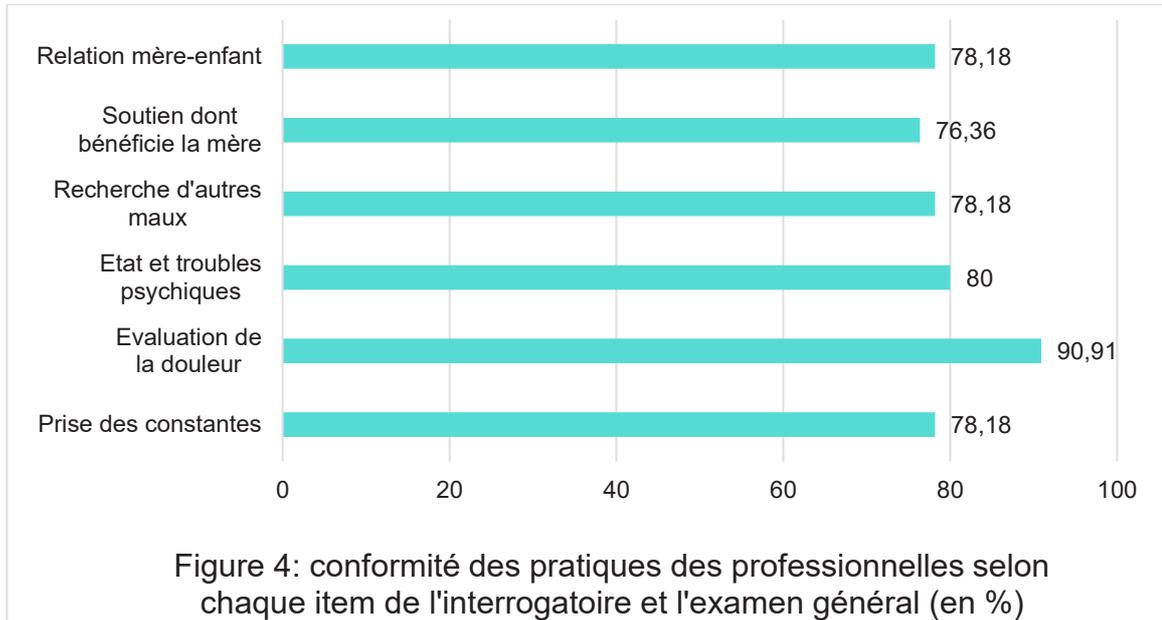
IV. Surveillance des suites de couches de la mère

1. Selon l'échantillon total

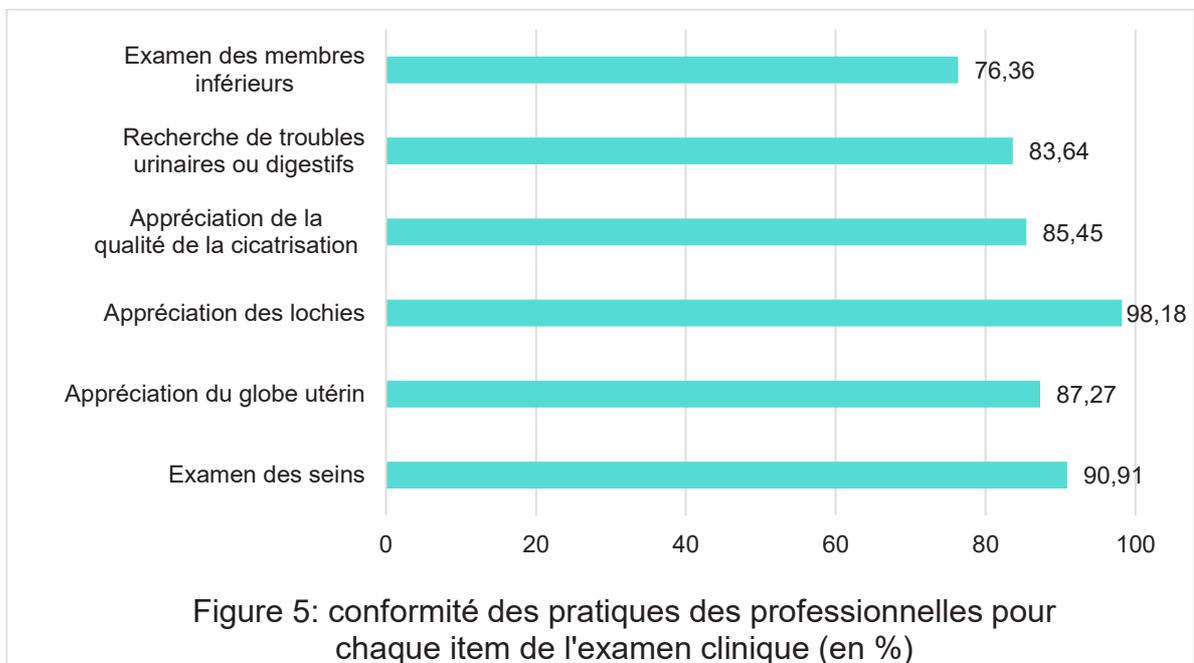
Concernant les paramètres de surveillance des suites de couches de la mère, 72,59% des sages-femmes libérales d'Alsace recherchent ces paramètres de manière systématique.

Une grande partie de l'échantillon (83,67%) recherche les différents paramètres nécessaires à l'interrogatoire et l'examen général, et l'examen clinique en accord avec les recommandations de la HAS (figures 4 et 5).

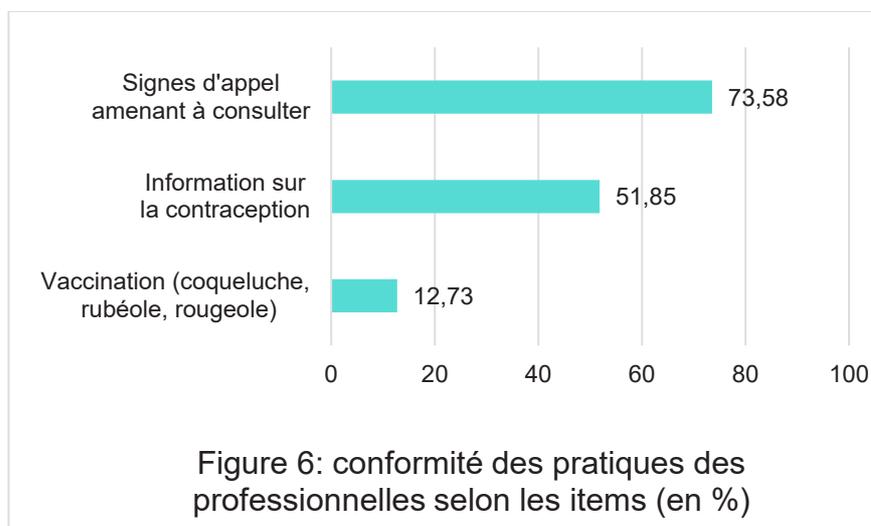
Les sages-femmes évaluent la douleur de leur patiente de manière systématique dans 90,91% des cas (figure 4).



Dans l'échantillon, 98,18% des sages-femmes assurent l'appréciation des lochies en accord avec les recommandations de la HAS. Pour l'examen des membres inférieurs, 76,36% des sages-femmes sont conformes aux recommandations. (figure 5).



Seulement 12,73% des sages-femmes abordent de manière systématique la vaccination avec la jeune mère ou le couple (figure 6).



D'autres paramètres sont abordés par les sages-femmes tels que le bien-être psychique du père, l'alimentation de la femme, les postures lors de l'allaitement ou encore les douleurs au point d'injection de l'anesthésie loco-régionale.

Il existe un faible pourcentage de conformité de la part des sages-femmes libérales autour des recommandations de vaccination.

Cependant, 53,57% des sages-femmes abordent ce sujet de manière régulière. 14,28% l'aborde toujours et 32,14% l'aborde rarement. Il n'y a aucune sage-femme n'abordant pas ce sujet.

La moitié des sages-femmes réalise un accompagnement et une information autour de la contraception lors des visites dans le cadre du retour précoce à domicile. Il existe 35,71% des sages-femmes le faisant de manière régulière et 12,5% le faisant rarement.

2. Selon l'expérience professionnelle

Les sages-femmes appartenant au groupe « novices » et « confirmées » sont celles ayant le taux de conformité le plus élevé concernant leur pratique autour de la surveillance maternelle, avec respectivement 77,22% et 80,80%.

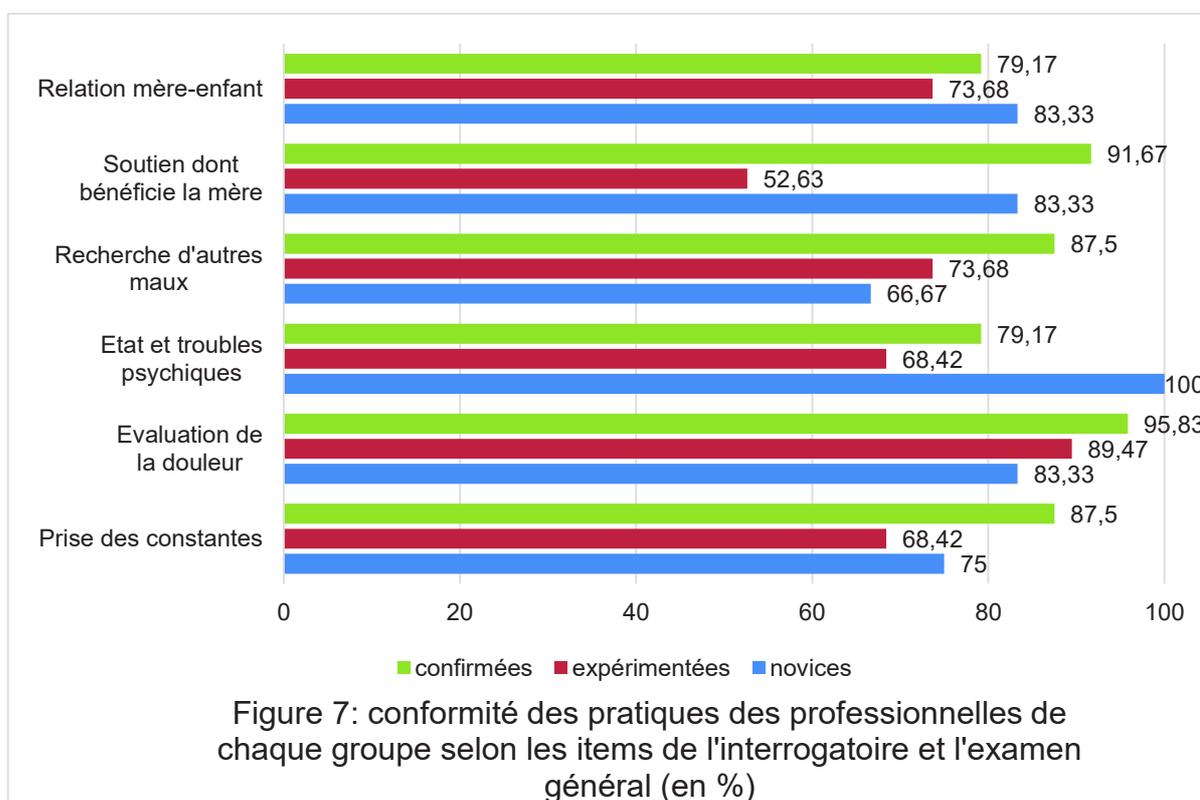
Contrairement à 69,75% de sages-femmes appartenant au groupe « expérimentées » et qui pratiquent la surveillance maternelle en accord avec les recommandations de la HAS.

Le test statistique ANOVA ne permet pas de mettre en évidence une différence significative entre les trois groupes concernant les pratiques en accord avec les recommandations autour de la surveillance maternelle ($p=0,07$).

La recherche de l'état et des troubles psychiques est réalisée dans 100% des cas par les sages-femmes appartenant au groupe des « novices », 79,17% par les « confirmées » et 68,42% par les « expérimentées ». Il n'existe pas de différence significative ($p=0,07$).

La recherche du soutien dont bénéficie la mère est réalisée dans 91,67% des cas par les sages-femmes appartenant au groupe des « confirmées », 83,33% des « novices », 52,63% des « expérimentées », soit une différence significative ($p=0,01$).

En accord avec les recommandations, les professionnelles appartenant au groupe « confirmées » sont celles ayant le taux de conformité le plus élevé (87,5%) au sujet de la prise des constantes (figure 7).

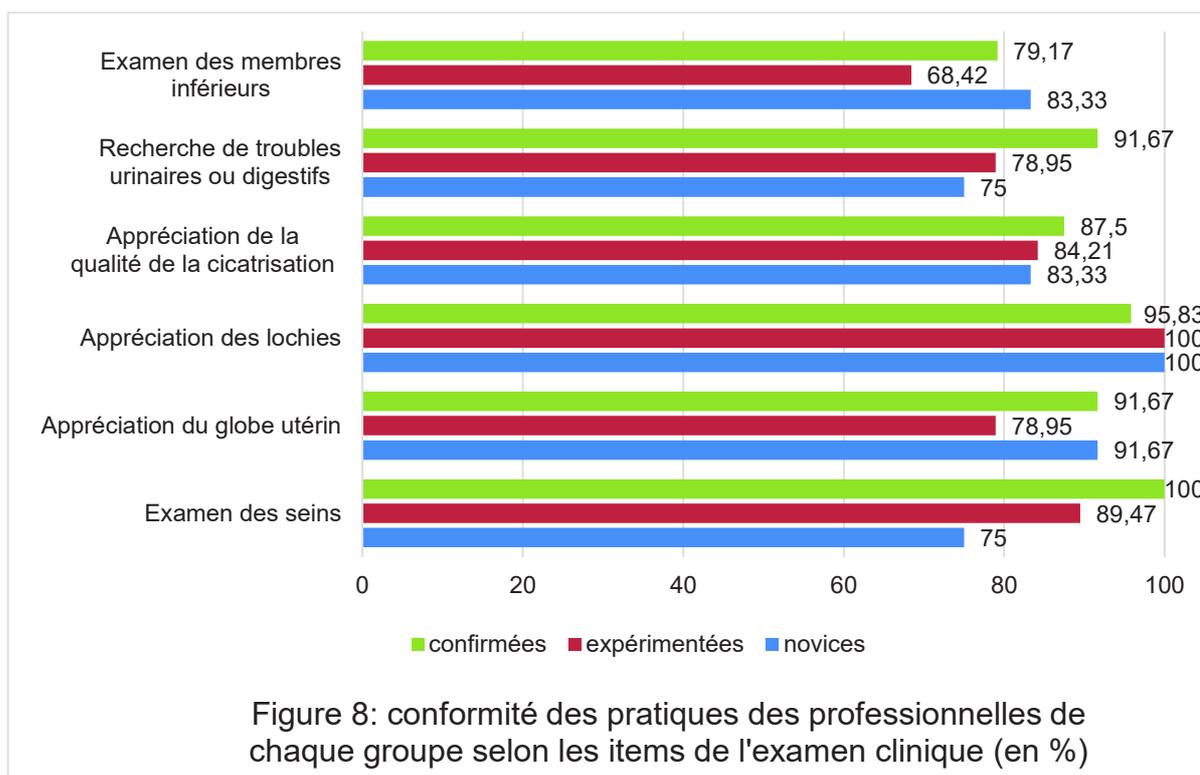


L'examen des seins est réalisé dans 100% des cas par les sages-femmes appartenant au groupe des « confirmées », 89,47% par les « expérimentées » et 75% par les « novices » soit une différence significative d'après le test de Fisher ($p=0,02$).

En accord avec les recommandations, les professionnelles appartenant au groupe « confirmées » et « novices » sont celles ayant le taux de conformité le plus élevé (91,67%) au sujet de l'appréciation du globe utérin. De même pour l'examen des membres inférieurs (respectivement 79,17% et 83,33%).

Au sujet de la recherche de troubles urinaires ou digestifs, le groupe des « confirmées » ont un taux de conformité plus élevé (91,67%).

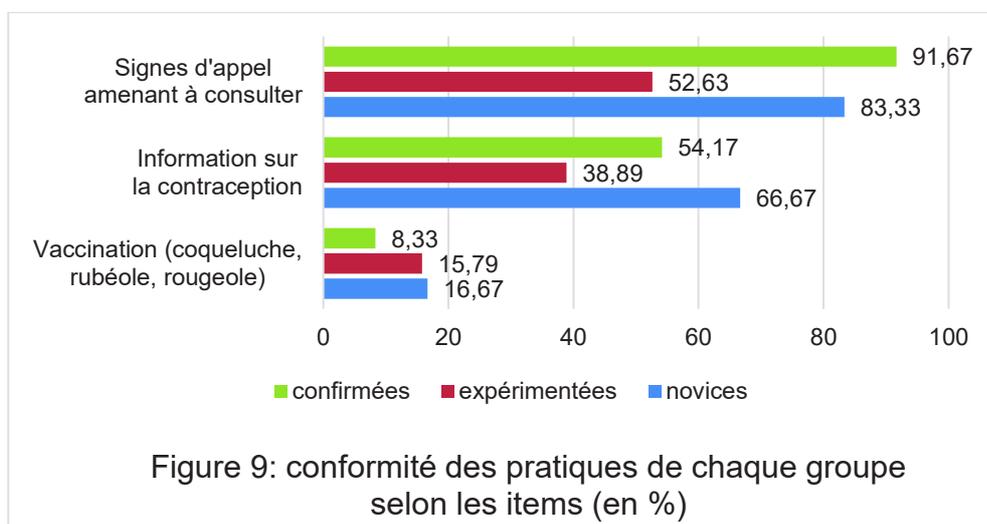
Il existe une égalité relative entre les trois groupes concernant le taux de conformité au sujet de l'appréciation des lochies et la qualité de la cicatrisation (figure 8).



Malgré la faible conformité en matière d'informations autour de la vaccination, les groupes des « novices » et des « expérimentées » sont celles ayant des taux les plus élevés.

Les « novices » sont dans 66,67% des cas conformes aux recommandations concernant les informations sur la contraception.

Les « confirmées » et les « novices » sont celles ayant les taux de conformité les plus élevés concernant l'information autour des signes d'appel amenant à consulter ; respectivement 91,67% et 83,33% (figure 9).



Le test exact de Fisher ne permet pas de mettre en évidence une différence significative entre les trois groupes concernant les autres items de l'interrogatoire et de l'examen général. De même pour les autres items de l'examen clinique et ceux des divers conseils.

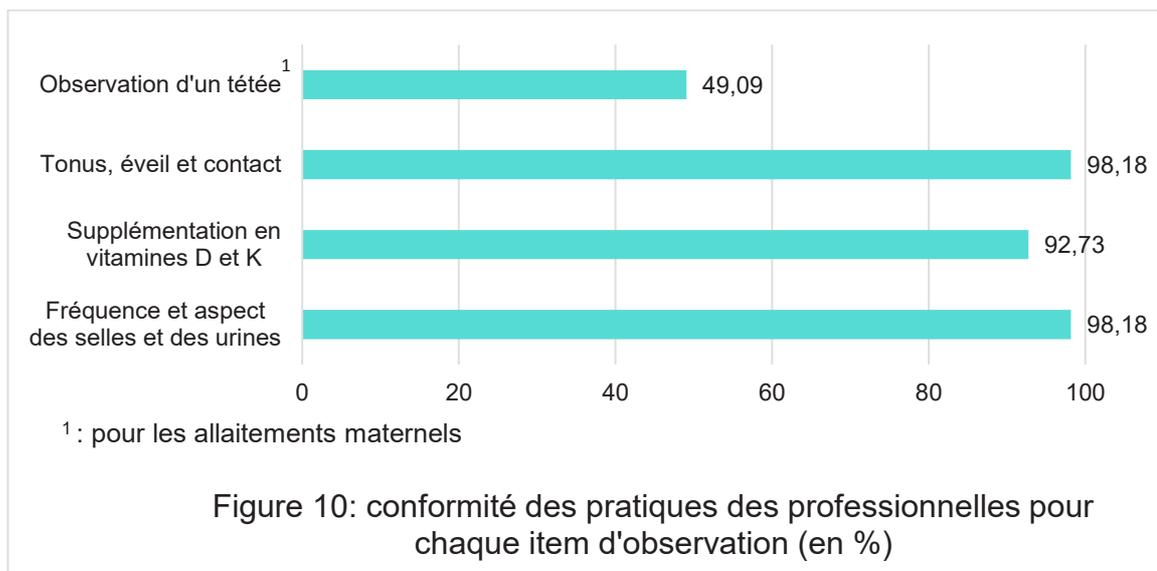
V. Surveillance de l'enfant

1. Selon l'échantillon total

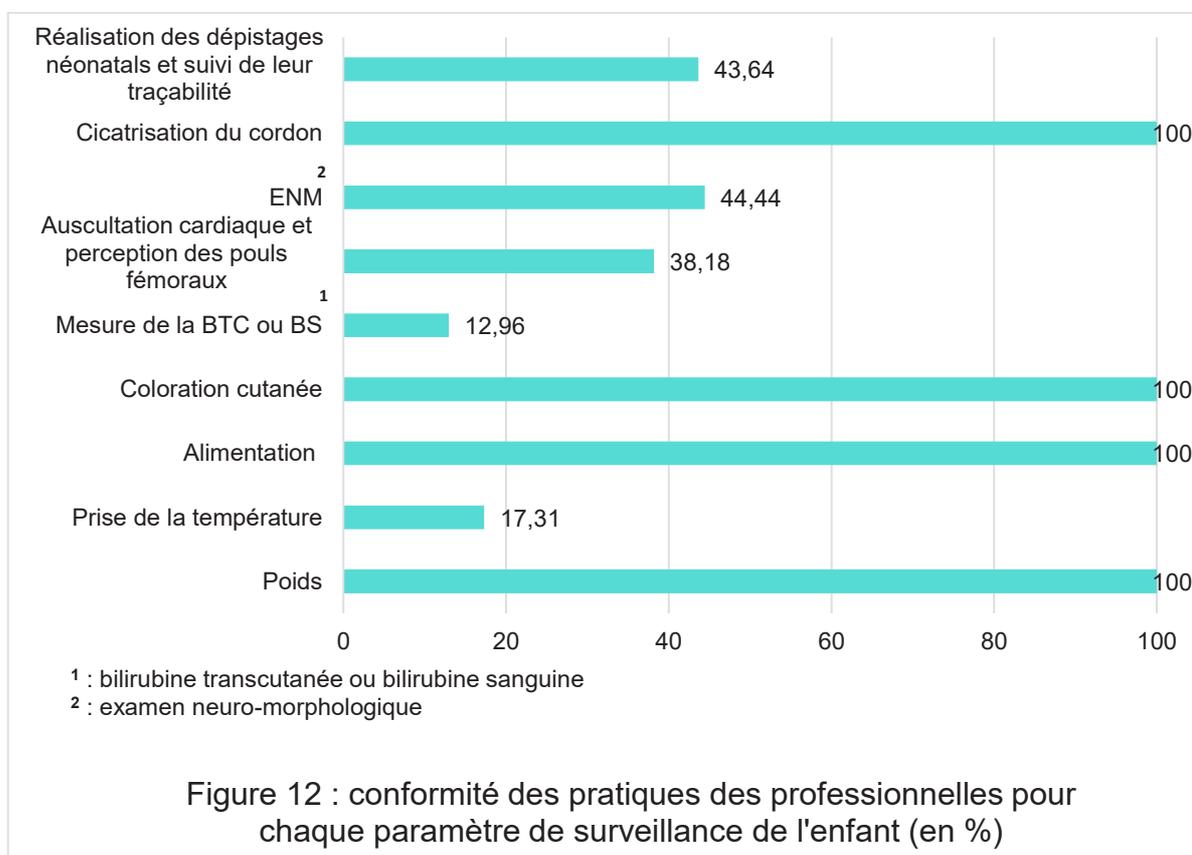
De manière générale, 63,08% des professionnelles pratiquent la surveillance de l'enfant après la naissance en accord avec les recommandations de la HAS.

Durant leurs visites à domicile, la moitié des sages-femmes observent une tétée : 49,09% d'entre-elles en observent une de manière régulière et 1,82% le font rarement. Il n'y a pas de sages-femmes n'observant jamais de tétée.

Les autres paramètres sont réalisés avec un taux élevé de conformité de la part des sages-femmes (figure 10).



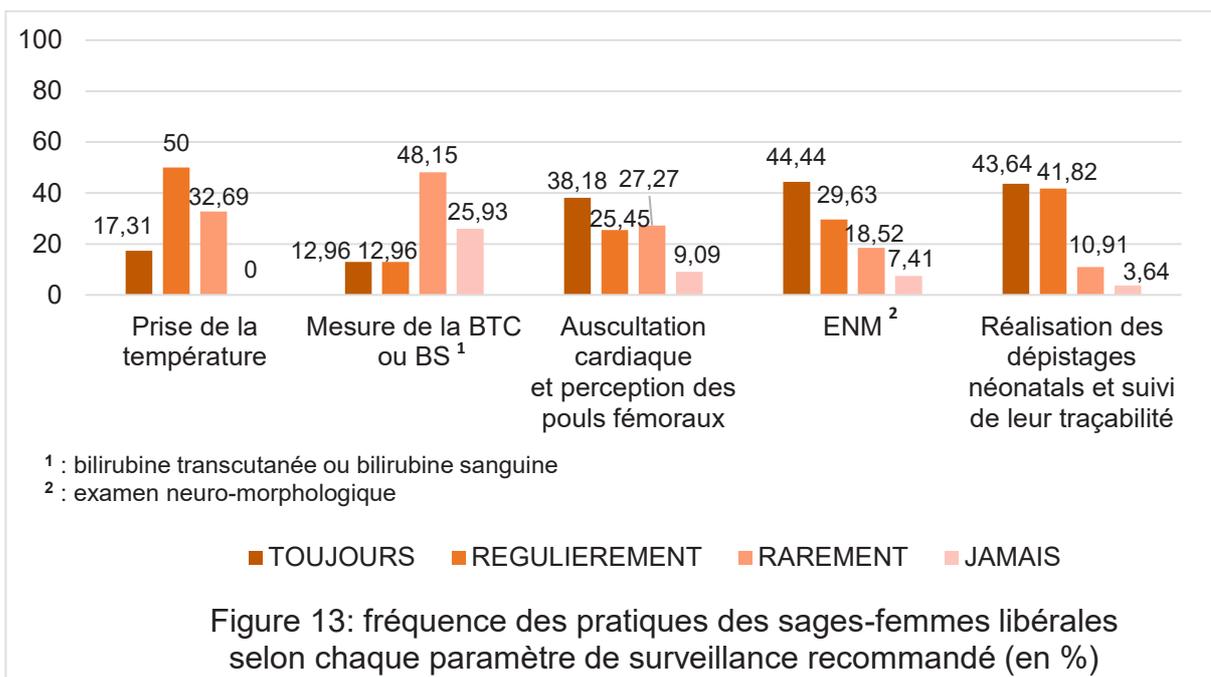
De façon systématique, les sages-femmes s'intéressent au poids de l'enfant, au suivi de l'alimentation, à la coloration cutanée et à la cicatrisation du cordon. Cependant, elles ne sont que 12,96% à mesurer la bilirubine transcutanée ou la bilirubine sanguine de façon conforme aux recommandations de la HAS, c'est-à-dire de manière systématique (figure 11).



La prise de température est régulièrement effectuée par 50% des sages-femmes libérales.

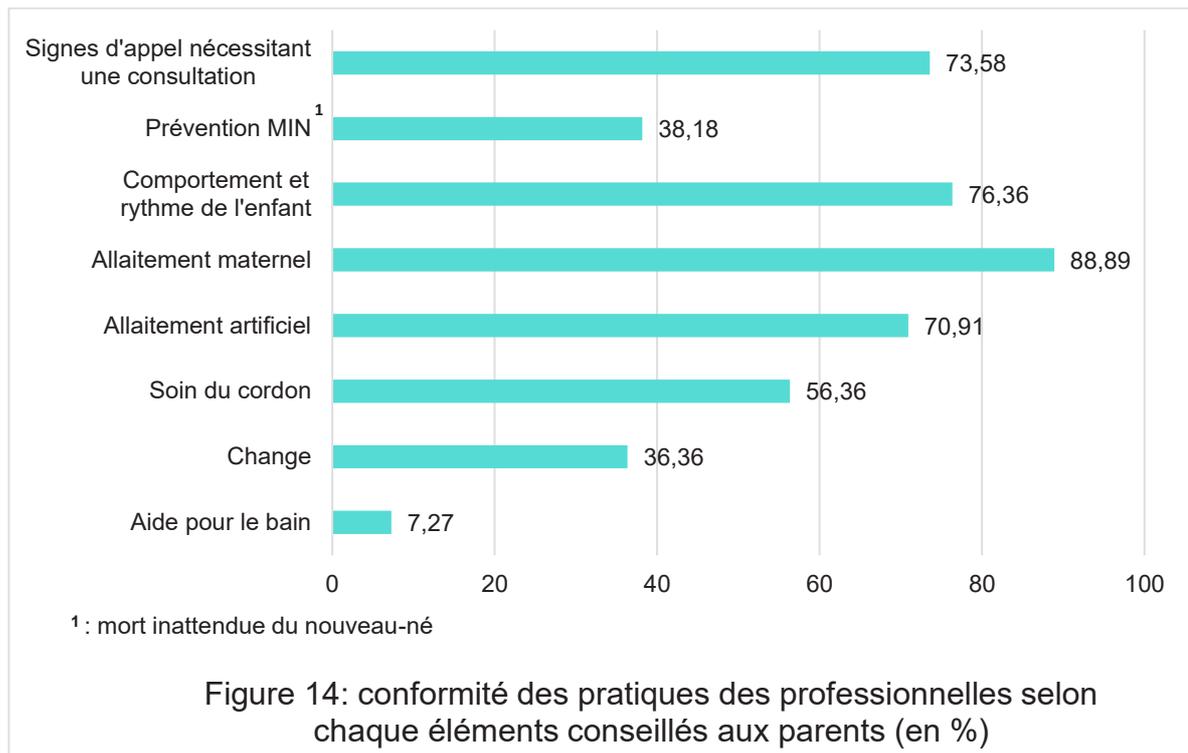
De même, une grande partie des professionnelles (41,82%) réalisent les dépistages néonataux et le suivi de leur traçabilité de façon régulière.

La mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine est majoritairement effectuée selon la réponse « rarement » par 48,15% des sages-femmes libérales (figure 13).

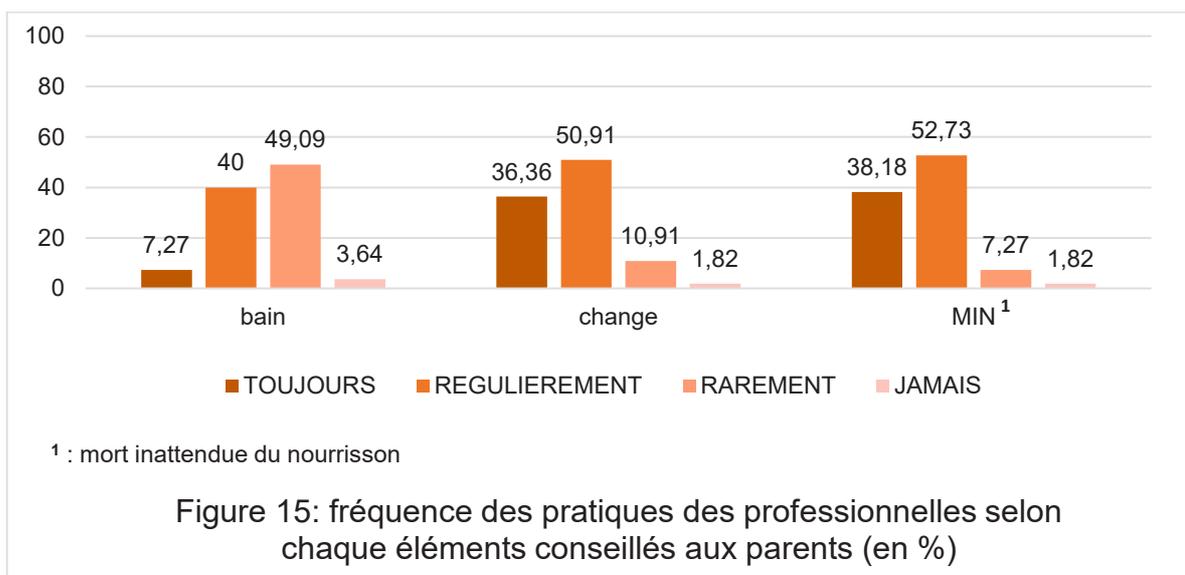


Une faible proportion de sages-femmes libérales donne systématiquement des conseils autour du bain, du change de l'enfant.

De même pour les informations autour de la prévention de la mort inattendue du nouveau-né (figure 14).



Le bain est abordé selon la réponse « rarement » dans 49,09% des cas. Concernant les conseils autour du change et la prévention autour de la mort inattendue du nourrisson, ils sont abordés régulièrement dans respectivement 50,91% et 52,73% des cas (figure 15).



D'autres items sont abordés par les sages-femmes comme les lésions des plis et du siège, l'installation de la chambre de l'enfant, la relation parents-fratrie et bébé-fratrie,

le portage, la prévention de la plagiocéphalie, l'habillement lors des sorties ou encore la place du père.

2. Selon l'expérience professionnelle

Entre les différents groupes, il existe une égalité relative par rapport au taux de conformité concernant leur pratique autour de la surveillance du nouveau-né :

- Novices : 60,32%
- Expérimentées : 62,17%
- Confirmées : 65,62%

D'après le test statistique ANOVA, il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes.

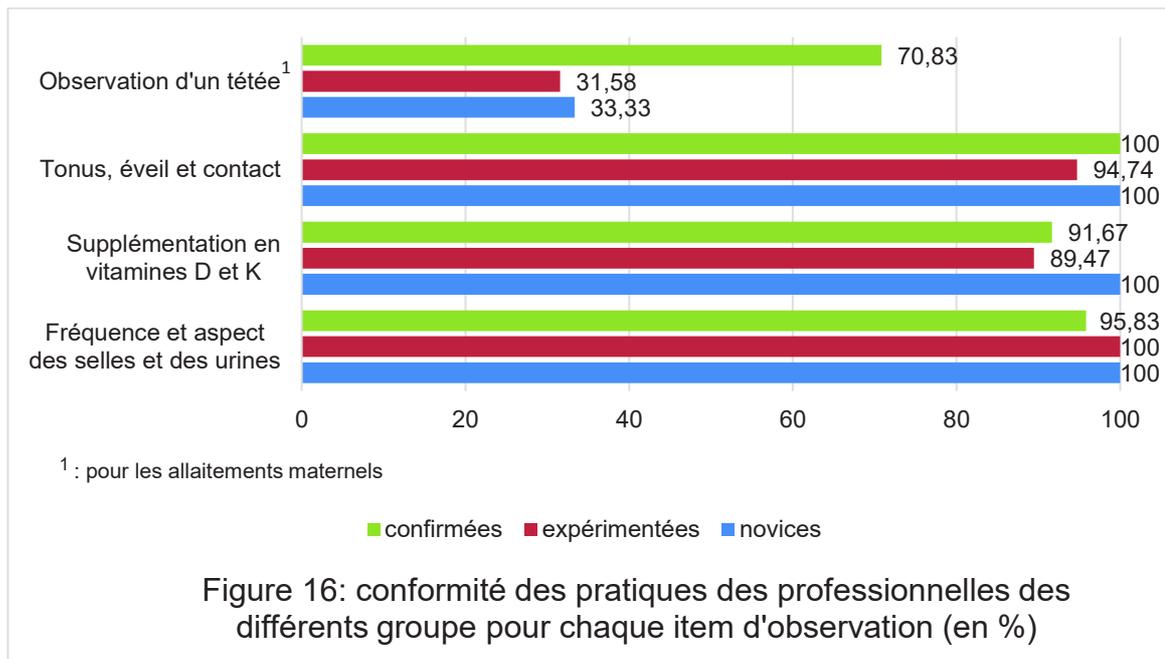
Les sages-femmes appartenant au groupe « confirmées » observent systématiquement dans 70,83% des cas une tétée. Le groupe des « novices » et des « expérimentées » le font dans respectivement 33,33% et 31,58% des cas. Soit, d'après le test exact de Fisher, une différence significative ($p=0,01$).

Le groupe des « novices » est conforme dans 100% des cas aux recommandations concernant l'observation du tonus, de l'éveil et du contact, de la supplémentation en vitamines D et K et de l'appréciation de la fréquence et de l'aspect des selles et des urines.

Le groupe des « confirmées » est conforme dans 100% des cas aux recommandations concernant l'observation du tonus, de l'éveil et du contact.

Quant au groupe des « expérimentées », il existe une conformité dans 100% des cas aux recommandations concernant l'appréciation de la fréquence et de l'aspect des selles et des urines (figure 16).

D'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence significative pour ces autres paramètres de surveillance selon les groupes.

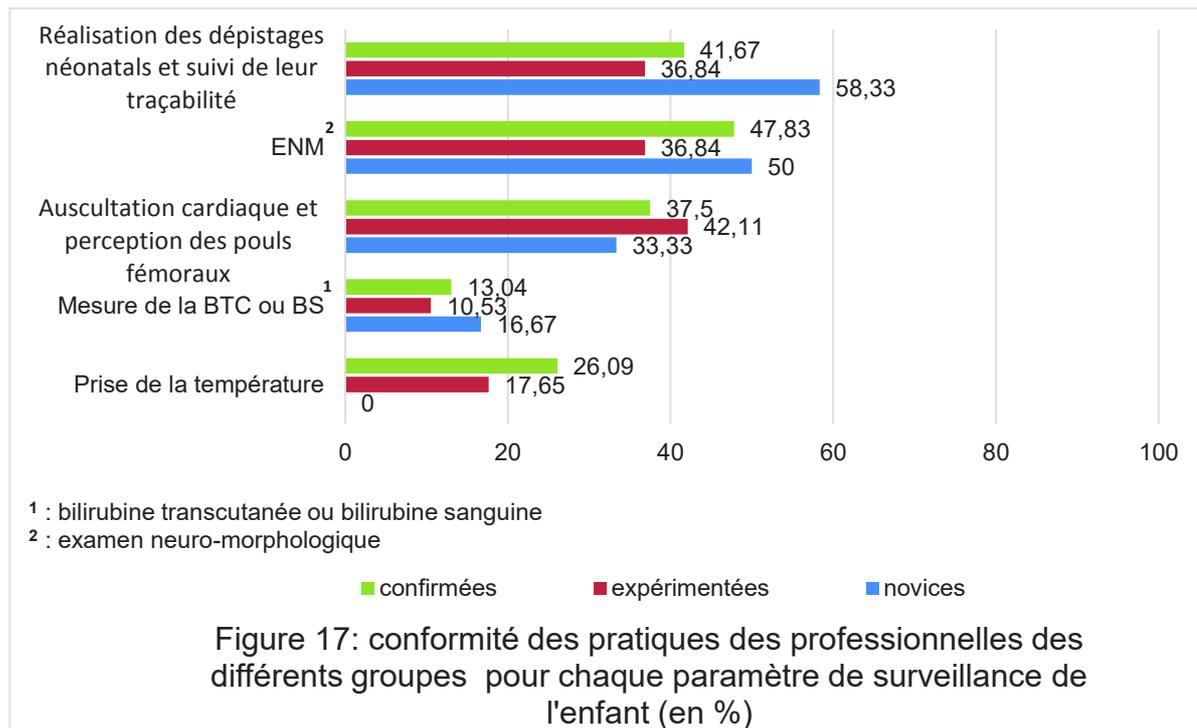


Les sages-femmes libérales appartenant au groupe des « confirmées » sont celles ayant le taux de conformité le plus élevé concernant la prise de température selon les recommandations, avec 26,09%.

Les sages-femmes appartenant au groupe des « novices » sont toutes en désaccord avec les recommandations pour la prise de température : aucune d'entre elles n'effectue la prise de température de manière systématique.

Les professionnelles appartenant aux groupes des « novices » et des « confirmées » sont celles ayant des pratiques autour de l'examen neuro-morphologique les plus en accord avec les recommandations (respectivement 50% et 47,83% de conformité).

La réalisation des dépistages néonataux et le suivi de leur traçabilité sont réalisés en accord avec les recommandations dans 58,33% des cas par le groupe des « novices », ce qui représente le taux le plus élevé des trois groupes (figure 17).



D'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes concernant ces paramètres de surveillance.

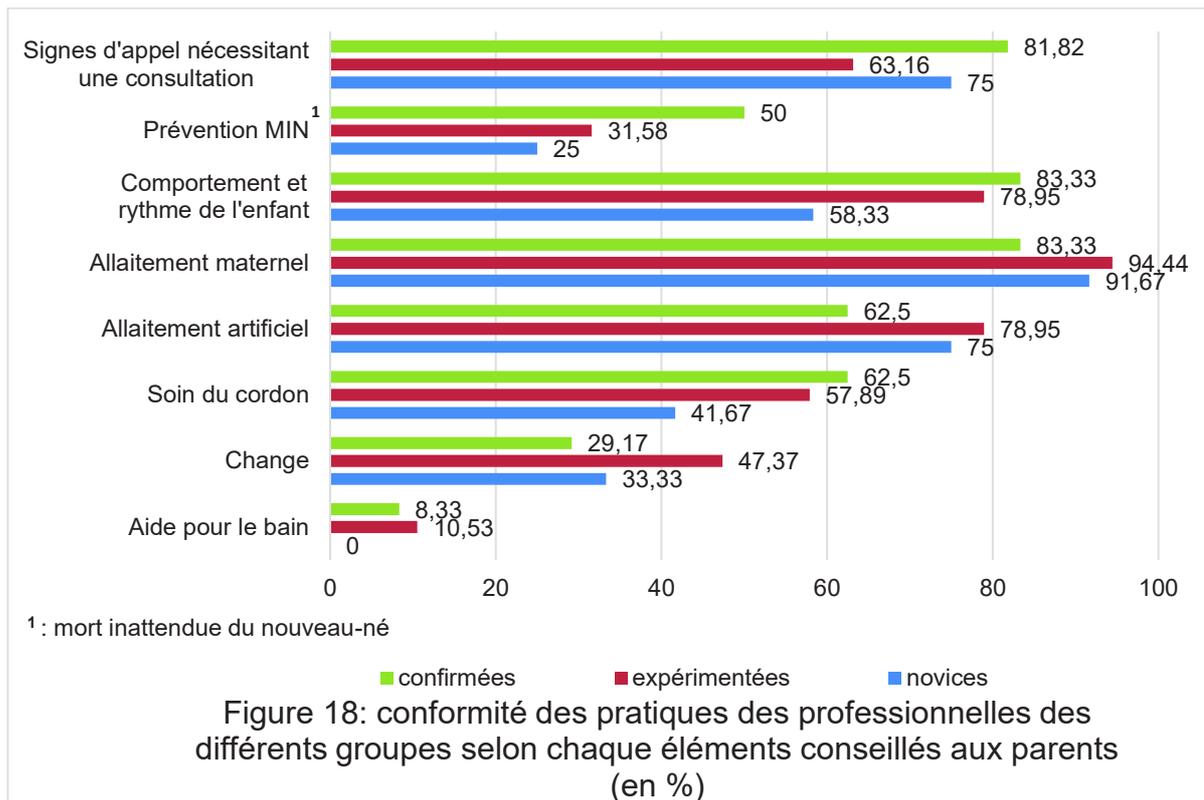
L'aide pour le bain n'est pas abordé en accord avec les recommandations par le groupe des « novices ».

De même pour les conseils sur le soin du cordon, le comportement et le rythme de l'enfant, le groupe des « novices » est celui ayant les plus faibles taux de conformité.

Le groupe des « expérimentées » aborde en accord avec les recommandations les conseils du change de l'enfant dans 47,37% des cas, contre 29,17% pour les groupes des « confirmées » et 33,33% des « novices ».

Les professionnelles appartenant au groupe « confirmées » sont celles abordant la prévention de la mort inattendue du nouveau-né ainsi que les signes d'appel nécessitant une consultation (soit respectivement 50% et 81,82% de conformité), en accord avec les recommandations avec les plus hauts taux de conformité comparé aux deux autres groupes.

Les conseils autour de l'allaitement artificiel et de l'allaitement maternel sont évoqués le plus en accord avec les recommandations par le groupe des « novices » et des « expérimentées » (figure 18).



VI. Pathologies et réhospitalisations de la mère et de l'enfant

Concernant la mère, 81,82% des sages-femmes libérales interrogées ont déjà diagnostiqué une pathologie lors d'un suivi à domicile.

Majoritairement, des pathologies comme la dépression du post-partum, l'hypertension artérielle, l'endométrite, la cystite, l'abcès lors de la cicatrisation de la suture de césarienne, la phlébite et l'hémorragie du post-partum sont retrouvées.

Il existe 56,36% des professionnelles ayant été confrontées à une réhospitalisation de la mère. Majoritairement, des motifs comme l'endométrite, l'hypertension artérielle, la dépression du post-partum et l'hémorragie du post-partum sont retrouvés.

Concernant l'enfant, 76,36% des professionnelles ont diagnostiqué une pathologie. On retrouve majoritairement comme pathologies l'ictère néonatal, l'infection materno-fœtale, la déshydratation et l'omphalite.

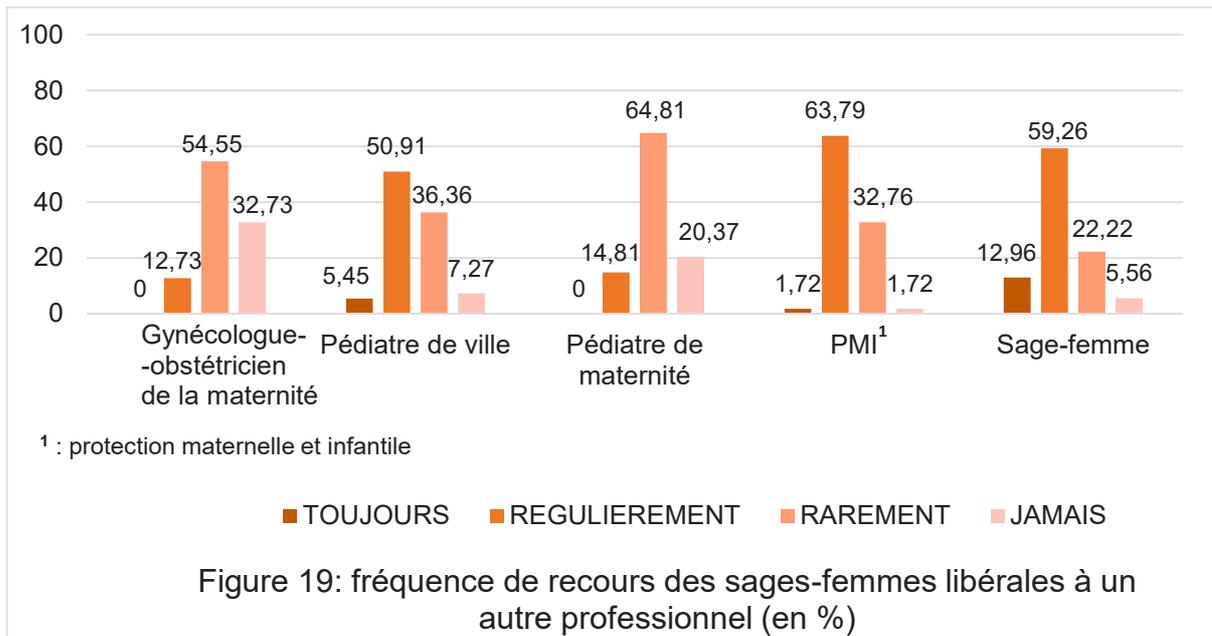
Il existe 67,27% des sages-femmes ayant été confrontées à une réhospitalisation de l'enfant. Majoritairement, des motifs comme, l'ictère (83,78% des réhospitalisations), l'état infectieux, la perte de poids prolongée et l'omphalite sont retrouvés.

VII. Retour précoce et travail en réseau

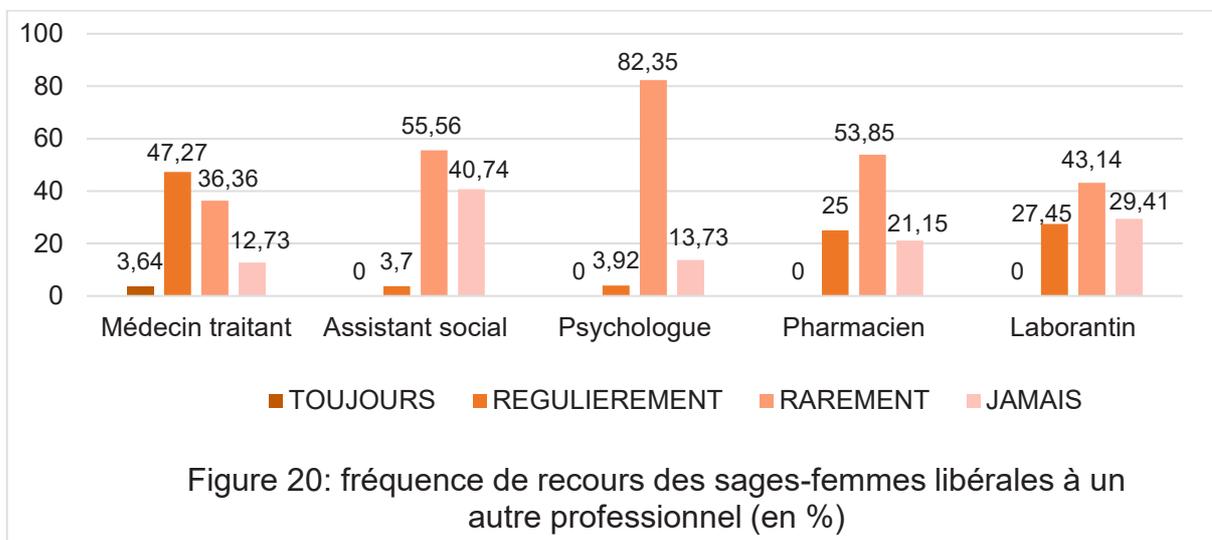
1. Selon l'échantillon total

Les sages-femmes libérales ont régulièrement recours au pédiatre de ville, à la PMI et à une collègue sage-femme.

Elles travaillent rarement avec un gynécologue ou un pédiatre de maternité (figure 19).



Les sages-femmes libérales travaillent régulièrement avec un médecin traitant. Rarement, elles sont en contact avec l'assistant social, le psychologue, le pharmacien et le laborantin (figure 20).



Dans notre échantillon, neuf sages-femmes citent d'autres professionnels avec qui elles sont en lien (pour n=58) : quatre citent l'ostéopathe, trois les services de suites de couches, une les urgences pédiatriques, une la puéricultrice de PMI et une l'infirmière libérale.

2. Selon l'expérience professionnelle

Les sages-femmes libérales appartenant au groupe des « novices » et des « expérimentées » sont celles sollicitant le plus de manière régulière les pédiatres de ville (respectivement 64,29% et 63,16%).

À égalité relative, les sages-femmes libérales des trois groupes sont amenées à consulter la protection maternelle et infantile (PMI) régulièrement.

Les pédiatres de maternité sont sollicités par les sages-femmes de manière égale entre les trois groupes, c'est-à-dire majoritairement selon la réponse « rarement ».

Globalement, les sages-femmes appartenant aux groupes des « novices » et des « expérimentées » contactent à égalité relative leurs collègues sages-femmes régulièrement. De même pour les « expérimentées » et les « confirmées », qui les consultent rarement. Avec un taux des plus élevés (27,27%), le groupe des « confirmées » sont celles ne consultant « jamais » une collègue sage-femme (tableau II).

Tableau II : fréquence de consultation à un autre professionnel de santé selon les groupes (en %).

Questions		Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Gynécologue-obstétricien de la maternité	Novices	0	21,43	42,86	35,71
	Expérimentées	0	10,53	52,63	36,84
	Confirmées	0	9,09	63,64	27,27
Pédiatre de ville	Novices	0	64,29	35,71	0
	Expérimentées	5,26	63,16	26,32	5,26
	Confirmées	9,09	31,82	45,45	13,64
Pédiatre de maternité	Novices	0	14,29	71,43	14,29
	Expérimentées	0	16,67	61,11	22,22
	Confirmées	0	13,64	63,64	22,73
PMI	Novices	0	71,43	28,57	0

	Expérimentées	0	60,00	40,00	0
	Confirmées	4,17	62,50	29,17	4,17
	Novices	0	50,00	50,00	0
Sage-femme	Expérimentées	5,26	57,89	31,58	5,26
	Confirmées	4,55	36,36	31,82	27,27

D'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence significative concernant la fréquence de consultation à un autre professionnel de santé selon les groupes.

Le groupe des « novices » et des « expérimentées » consultent rarement l'assistante sociale. Il existe 57,14% des sages-femmes du groupe des « confirmées » ne consultant « jamais » ce professionnel. Ceci avec une différence significative d'après le test exact de Fisher ($p=0,05$).

Les sages-femmes appartenant au groupe des « novices » et des « expérimentées » ont plutôt tendance à consulter un pharmacien régulièrement et rarement, contrairement au groupe des « confirmées » ayant un taux plus élevé de ne jamais consulter ce professionnel.

Ceci, avec une différence significative d'après le test exact de Fisher ($p=0,01$).

Le médecin traitant est consulté le plus souvent de manière régulière par les groupes des « novices » et des « expérimentées ».

À égalité relative, les sages-femmes contactent un psychologue rarement.

Majoritairement, le laborantin est rarement consulté par le groupe des « novices » (57,14% des cas), (tableau III).

Tableau III : fréquence de consultation à un autre professionnel selon les groupes (en %).

Questions		Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Médecin traitant	Novices	0	50,00	50,00	0
	Expérimentées	5,26	57,89	31,58	5,26
	Confirmées	4,55	36,36	31,82	27,27
Assistante sociale	Novices	0	0	64,29	35,71
	Expérimentées	0	0	73,68	26,32
	Confirmées	0	9,52	33,33	57,14
Psychologue	Novices	0	0	92,86	7,14
	Expérimentées	0	5,56	83,33	11,11

	Confirmées	0	5,26	73,68	21,05
	Novices	0	7,14	85,71	7,14
Pharmacien	Expérimentées	0	38,89	50,00	11,11
	Confirmées	0	25,00	35,00	40,00
	Novices	0	28,57	57,14	14,29
Laborantin	Expérimentées	0	22,22	44,44	33,33
	Confirmées	0	31,58	31,58	36,84

D'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence significative concernant la fréquence de consultation à un médecin traitant selon les groupes. De même concernant le psychologue et le laborantin.

VIII. Organisation du retour précoce à domicile

1. Selon l'échantillon total

De manière générale, dans 27,19% des cas, les transmissions et les éléments nécessaires pour l'organisation de retour précoce à domicile sont respectés.

Dans 86,36% des cas, les supports fournis par la maternité pour leur transmettre les informations des patientes à suivre sont présents.

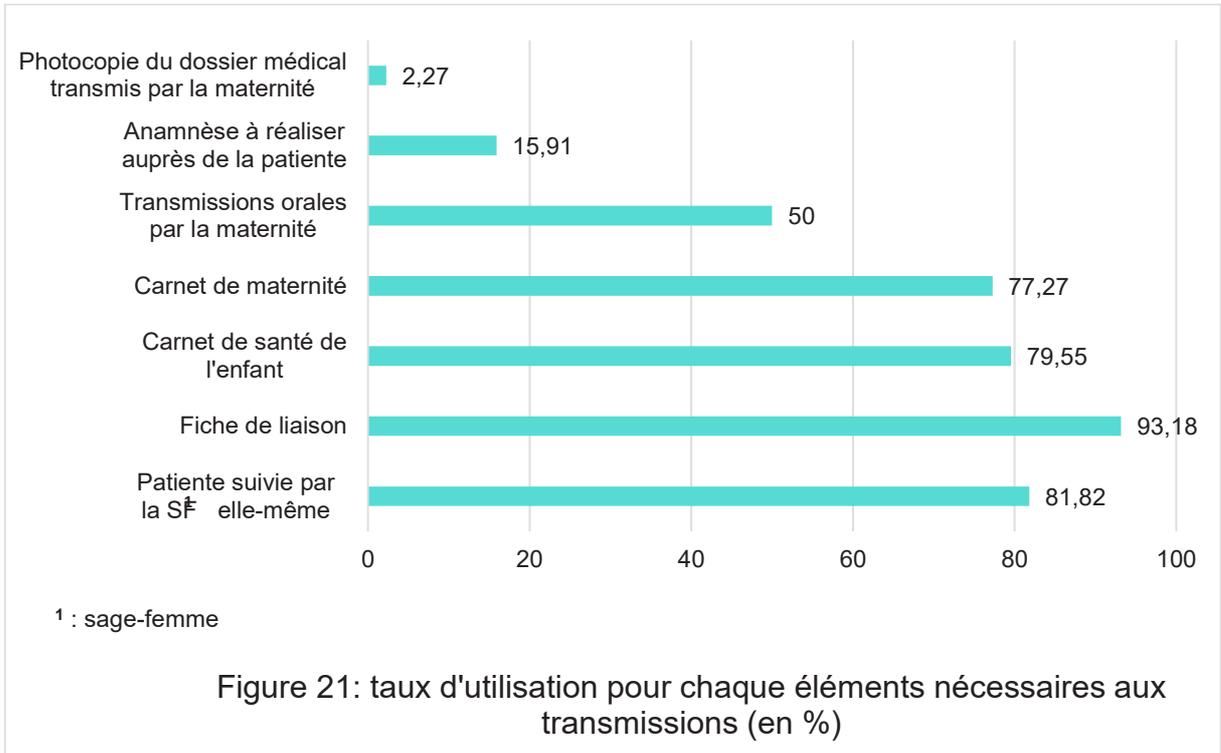
Les sages-femmes libérales estiment cependant que les transmissions sont toujours complètes dans 2,27% des cas (tableau IV).

Tableau IV : proportion de conformité selon chaque item (en %).

Questions	Pourcentage (%) (n= 45 à 57)
Professionnel référent de maternité	7,14
Professionnel référent à domicile	12,96
Supports de transmissions fournis	86,36
Transmissions complètes en pratique selon les sages-femmes	2,27

*n : effectif

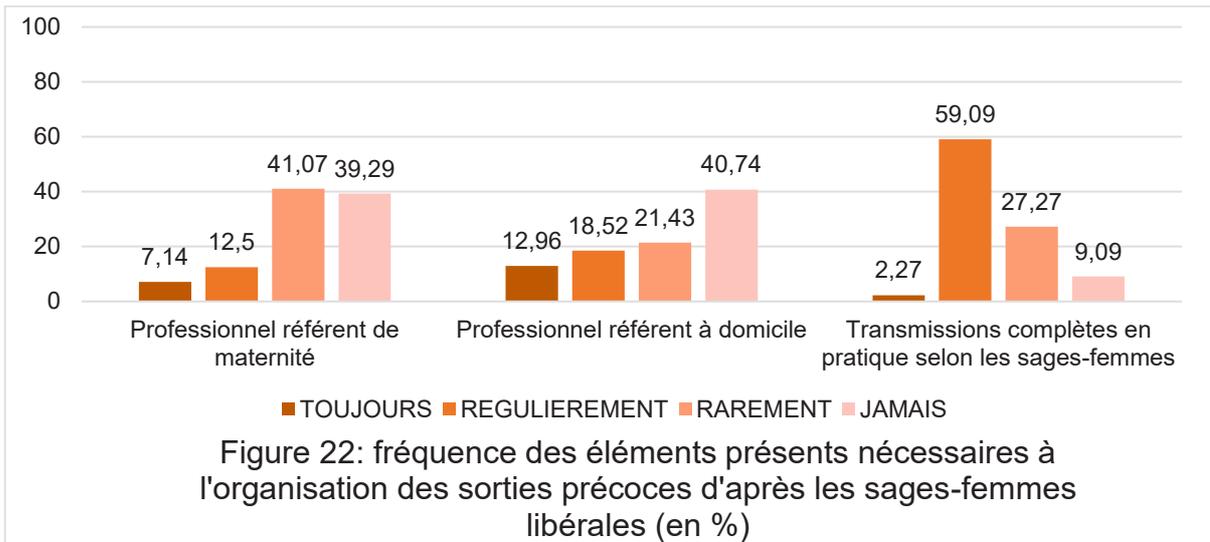
La fiche de liaison est utilisée dans 93,18% des cas comme moyen de transmission entre la maternité et la sage-femme. Dans 15,91% des cas, la sage-femme se doit de compléter les transmissions par une anamnèse auprès de la patiente. Dans 2,27% des cas, le dossier médical de la patiente est photocopié et transmis à la sage-femme (figure 21).



Rarement (41,07%), un professionnel référent de maternité est désigné selon les sages-femmes.

Il n'y a pas de professionnel référent à domicile dans 40,74% des cas selon les professionnelles.

Régulièrement (59,09%), les transmissions sont estimées complètes de la part de la maternité selon les sages-femmes (figure 22).



Lorsque les transmissions étaient considérées rarement ou jamais complètes par les sages-femmes, celles-ci ont précisé les paramètres manquants (pour n=27, en %) :

- Relation mère enfant : 74,07%
- Situation sociale : 55,55%
- Déroulement des SDC à la maternité : 51,85%
- Déroulements grossesse : 44,44%
- Antécédents maternels et paramètres du jour de la mère et de l'enfant : 33,33%
- Pathologies néonatales : 25,93%
- Présence d'une suture ou non : 22,22%
- Groupe sanguin Rh de la mère : 18,52%
- Mode d'accouchement, poids et taille de l'enfant, poids de sortie : 7,41%
- Constantes de la mère, identité de l'enfant, type d'alimentation, suivi de l'allaitement, valeurs pour les mesures de la bilirubine transcutanée ou sanguine, score d'Apgar à la naissance : 3,70%

Une sage-femme précise la présence d'informations parfois erronées lorsque les documents sont déjà préremplis à l'avance.

1. Selon l'expérience professionnelle

Les sages-femmes du groupe « confirmées » et « expérimentées » ont de meilleurs taux de conformité concernant les items de l'organisation du retour précoce à domicile avec respectivement 28,47% et 26,67% de conformité.

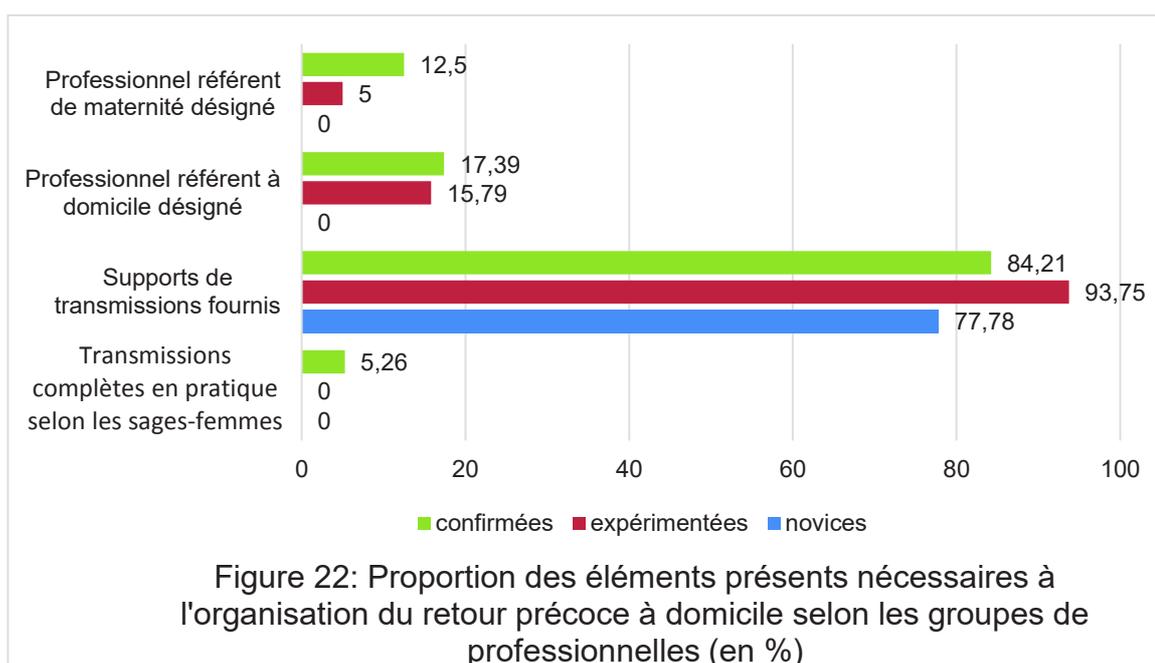
Les sages-femmes appartenant au groupe des « novices » ont 14,58% de conformité.

D'après le test statistique ANOVA, il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes concernant la proportion de sages-femmes libérales ayant les transmissions et les éléments nécessaires à l'organisation du retour précoce à domicile ($p=0,08$).

Concernant la désignation d'un professionnel référent de maternité et de domicile, les « confirmées » et les « expérimentées » sont celles ayant des proportions de conformités les plus élevées.

Concernant les supports de transmissions fournis par la maternité, le groupe des « expérimentées » a le plus haut taux de conformité (93,75%).

Concernant l'appréciation des transmissions selon les sages-femmes libérales, le groupe des « confirmées » est à 5,26% à estimer les transmissions fournis par la maternité complètes (figure 22).



D'après le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes concernant les différents items.

IX. Opinions et remarques

Les professionnelles décrivent un sujet intéressant et d'actualité mais comportant des freins au niveau de l'organisation.

La majorité des sages-femmes libérales sont favorables au retour précoce à domicile (86,96%). Elles décrivent des retours positifs de la part des jeunes mères (avec plus d'autonomie et de reconnaissance de leurs capacités), un environnement plus serein à domicile et une meilleure prise en charge des allaitements maternels (17,40%).

Certaines des sages-femmes libérales, soit 29,55%, expriment le fait que ce dispositif permette une prise en charge individuelle et globale du couple mère-enfant par un seul professionnel référent. Ceci permet selon elles d'éviter les divergences de point de vue et de conduites à tenir par le personnel de la maternité.

Une sage-femme met en évidence une meilleure intégration du rôle du père.

Une professionnelle souligne la reconnaissance de leur travail effectué en tant que sage-femme libérale.

Deux sages-femmes expriment la difficulté de se rendre disponible dans les 24 heures suivant la sortie pour la première visite à domicile.

Il leur semble aussi indispensable de généraliser les aides à domicile. Celles-ci permettraient aux sages-femmes d'assurer une prise en charge adéquate.

Une sage-femme énonce le manque d'informations quant à l'accompagnement des retours précoces à domicile lors de l'installation en libéral.

Les professionnelles n'étant pas favorables le justifient par un manque d'organisation.

Une sage-femme décrit le manque de temps d'adaptation des nouveau-nés et des parents, l'anxiété plus importante de ces derniers accompagnée de consultations plus fréquentes vis-à-vis de leur enfant.

Ces sages-femmes décrivent une éligibilité au retour précoce à domicile de la part des maternités à remettre en question dans certains cas. Selon elles, le retour précoce à domicile ne devrait pas être systématique mais organisé en amont pendant la grossesse selon la volonté des patientes. Cela ne devrait pas être une nécessité de service des maternités.

Dans le cas où les retours précoces à domicile ne sont pas préparés en amont, les sages-femmes favorables et non favorables à ce dispositif expriment une insatisfaction de leur prise en charge.

Il semble important pour elles de connaître le dossier et donc la patiente, en l'ayant rencontré une première fois durant la grossesse via les cours de préparation à la naissance, le suivi de grossesse, ou l'entretien prénatal précoce.

Un certain nombre de sages-femmes (29,55%) présentent une meilleure récupération de la part des jeunes mères lors du retour précoce à domicile. Cependant, deux sages-femmes y remarquent une fatigue plus importante chez les jeunes mères.

Dans les deux cas, 11,36% des sages-femmes insistent sur les critères d'éligibilité au retour précoce à domicile devant être respecté par les maternités. Certaines sages-femmes décrivent des couples mère-enfant sortis de la maternité dans la limite de la physiologie.

Une professionnelle exprime une tarification encore basse pour le temps passé lors des visites à domicile.

Plusieurs sages-femmes (15,91%) expriment le souhait d'une aide quant à l'achat d'un appareil de mesure de bilirubine transcutanée.

La majorité des sages-femmes pensent que leur suivi lors de suites de couches dans le cadre du retour précoce à domicile est favorable (soit 83,93% des sages-femmes).

Les sages-femmes déclarant avoir un suivi adapté le justifient par :

- Des visites régulières de leur part et respectant le délai de prise en charge (12 sages-femmes)
- Leur disponibilité par téléphone à tout moment (quatre sages-femmes)
- L'équipement d'un bilirubinomètre (trois sages-femmes)
- L'avis d'un collègue en cas de doute (11 sages-femmes)
- L'adaptation de leur suivi selon le couple (10 sages-femmes)
- 17 sages-femmes ne le justifient pas

Les sages-femmes déclarant ne pas avoir un suivi adapté le justifient par :

- La non-obtention de transmissions complètes du dossier (une sage-femme)
- Le non-respect des critères d'éligibilité pour certaines sorties précoces (une sage-femme)

- Des délais longs entre la première et deuxième consultation lors du retour à domicile (une sage-femme)
- Le manque de connaissance en pédiatrie (une sage-femme)
- Le manque de lien entre l'hôpital et les professionnels en cabinet (une sage-femme)
- Un réseau qui n'est pas assez développé (une sage-femme)
- Quatre ne le justifient pas

Ces sages-femmes proposent alors un contact anténatal, des sorties planifiées lors du séjour, le respect des recommandations de la HAS par les maternités, un référent maternité désigné, l'organisation simplifiée pour des éventuelles réhospitalisations, des protocoles communs aux maternités, la possession d'un bilirubinomètre, une communication plus importante avec les maternités ou encore des transmissions complètes.

Une partie des sages-femmes (9,09%) souhaite avoir un retour des résultats de cette étude.

DISCUSSION

I. Intérêts et limites de l'étude

1. Intérêts

Cette étude est une des premières s'intéressant à la sécurisation du couple mère-enfant dans le cadre des retours précoces à domicile auprès des sages-femmes libérales d'Alsace.

De plus, le questionnaire comportait un maximum de réponses fermées, ce qui a permis la réalisation d'analyses statistiques.

2. Limites

La population sélectionnée ne permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population française. L'échantillon est de faible puissance statistique. En effet, il est plus difficile de mettre en évidence des différences avec de petites tailles d'échantillon lorsque celles-ci sont subtiles.

D'autre part, les pratiques et habitudes des sages-femmes libérales ne sont pas forcément les mêmes sur l'ensemble du territoire français, avec des organisations différentes au sein des maternités.

2.1 Le questionnaire

Certaines questions et propositions manquent de précisions dans le questionnaire. Par exemple, il aurait été pertinent d'interroger plus précisément la population sur les dépistages néonataux et les vaccinations.

Questionner les sages-femmes sur le suivi ou non d'une formation autour du retour précoce à domicile, ou encore concernant la prévention de l'allo-immunisation chez les femmes de rhésus négatif aurait également été intéressant.

À posteriori, nous nous sommes rendus compte que la question numéro quatre portant sur le nombre de sages-femmes à exercer au sein du cabinet n'était pas pertinente. Cette variable n'apportait rien de convaincant quant à l'analyse statistique.

La principale difficulté rencontrée lors de ce travail a été lors de l'analyse des résultats. Notre premier document extrait de la plateforme « Soorvey » était erroné à

la suite d'un souci informatique. Nous avons pu reprendre nos analyses par la suite avec le document exact. La plateforme en avait été informée.

II. Validité du travail

Nous avons obtenu un taux global de 35,29% de réponses à notre étude. Ayant fixé comme limite minimum 30% de réponses à l'étude, une analyse statistique a pu être réalisée.

Cependant, des biais peuvent être mis en évidence. En effet, un biais de sélection peut être présent. Nous pouvons penser que les professionnelles ayant répondu à l'étude sont celles portant le plus d'intérêt au sujet. Ainsi, les professionnelles ayant répondu au questionnaire sont certainement plus à même de connaître les recommandations autour du retour précoce à domicile.

De plus, trois groupes selon le niveau d'expérience des sages-femmes libérales ont été créés afin de réaliser une analyse statistique. Cependant, il existe une inégalité entre le groupe des « novices » et des « confirmées ». Ce dernier étant plus nombreux et pouvant donc induire un biais.

III. Confrontation aux données de la littérature

1. Connaissances des recommandations

En France, les recommandations de la HAS, éditées en 2014, constituent l'unique référence quant aux différentes conditions à respecter lors du retour précoce à domicile.

La majorité de la population étudiée pratique un suivi des suites de couches dans le cadre du retour précoce à domicile en accord avec les recommandations de la HAS (52,41%). Cependant, ce taux de conformité pourrait être plus élevé.

Le respect des recommandations était lié de façon significative à l'ancienneté. En effet, le groupe des « novices » a un taux de conformité plus faible (44,67%) que le groupe des « expérimentées » et d'autant plus que le groupe des « confirmées » (60,34%).

Ceci nous permet de conclure que le respect des recommandations est plus important lorsque l'ancienneté augmente. Cela peut paraître surprenant car les « novices » sont plus proches de leur formation théorique et donc devraient être au fait des recommandations.

Par ailleurs, les sages-femmes ont pour obligation de se tenir informées des actualités professionnelles via des formations, des lectures etc. Cela fait partie du développement professionnel continu (DPC) (23).

Ce résultat global est tout de même à nuancer. Certains items ont des résultats plutôt positifs et vont être discutés par la suite. Des disparités existent au sein des pratiques des sages-femmes libérales.

Il est important de préciser que la majorité des sages-femmes libérales ont connaissance des nouvelles définitions du retour précoce à domicile qui ne se définit plus en jours, mais en heures. Elles se tiennent en partie à jour des nouvelles recommandations mises en place.

2. Surveillance de la mère

Il est important de noter que 72,59% des sages-femmes assurent le suivi de la mère selon les recommandations de la HAS, ce qui est un résultat positif. L'examen clinique est bien réalisé par la majorité de l'échantillon.

Plus précisément, l'examen clinique général et obstétrical est assuré selon les recommandations par la majorité de l'échantillon (83,67%). Les paramètres permettant d'éliminer tout risque de complications du post-partum sont systématiquement ou régulièrement recherchés : risques thromboembolique, hémorragique, infectieux et psychologique.

La prise en compte de la douleur par l'EVA est un aspect positif à mettre en avant puisque la majorité des sages-femmes la réalise (90,91%).

Nous avons pu mettre en évidence une tendance à la significativité entre les groupes concernant la surveillance maternelle ($p=0,07$). Le groupe des « confirmées » a le taux de conformité le plus élevé. Il semblerait qu'il existe un lien entre l'ancienneté et le suivi de la mère : plus l'ancienneté est importante, plus la surveillance de la mère se fait dans le respect des recommandations.

Néanmoins, le groupe des « expérimentées » est celui avec le plus faible taux de conformité.

Cette hypothèse est alors à préciser : il semblerait que plus les sages-femmes sont proches de leur formation théorique, plus la surveillance de la mère se fait dans le respect des recommandations. Au fur et à mesure des années, la formation théorique s'éloigne et l'expérience professionnelle ainsi que la formation continue permettraient aux sages-femmes d'assurer la surveillance de la mère dans le respect des recommandations.

2.1. L'examen des seins

L'examen des seins est essentiel dans le dépistage des complications du post-partum mais aussi dans le suivi de l'allaitement maternel. La forte conformité des sages-femmes libérales dans la réalisation de cet examen est un point positif de notre enquête à souligner.

L'examen des seins dans le post-partum permet surtout de dépister des complications de l'allaitement, d'apprécier la mise en place de ce dernier, de s'assurer d'une bonne position de l'enfant lors des tétées, mais aussi de dépister des éventuelles pathologies mammaires.

Néanmoins, dans notre étude, il a été mis en évidence que le groupe des « confirmées » est celui réalisant l'examen des seins le plus en accord avec les recommandations de la HAS (100%) par rapport au groupe des « novices » et des « expérimentées ». Une fois de plus, l'expérience plus riche des professionnelles « confirmées » pourrait expliquer cette différence entre les deux groupes.

Or, une fois de plus, ce résultat peut paraître déroutant. La formation initiale des sages-femmes comporte toute une partie théorique complète en gynécologie. En se référant au parcours théorique qu'ont les sages-femmes « novices », elles devraient être celles ayant le plus haut taux de conformité. Cependant, la formation initiale théorique des sages-femmes se complète avec la formation pratique tout au long des années d'études. Nous pourrions supposer que les sages-femmes, n'ayant pas assez de pratiques autour de l'examen des seins, ne se sentent pas suffisamment à l'aise pour réaliser cet examen, au-delà de toute théorie.

En effet, d'après l'étude de De Langre L., de 2015, 90% des sages-femmes interrogées se sentent « peu compétentes » ou « assez compétentes » pour réaliser l'examen clinique des seins lors de la grossesse (24).

D'après nos résultats, le rôle de la formation continue a toute sa place et permettrait aux sages-femmes de se perfectionner et de gagner en confiance dans la réalisation de cet examen.

Cependant, nous savons que la plupart des sages-femmes libérales réalisent l'examen des seins de manière systématique, mais nous ne savons pas comment celui-ci est mené.

Il serait intéressant de pousser l'étude sur ce sujet : dans quel cas l'examen clinique des seins est-il réalisé ? Comment celui-ci est-il réalisé ? Ceci permettrait de proposer des pistes d'amélioration répondants aux besoins de la population.

2.2. Informations autour de la vaccination données par les professionnelles

Malgré l'absence de significativité entre les trois groupes de professionnelles, il est étonnant d'observer que seules 12,73% des professionnelles assurent les informations et les actes nécessaires autour de la vaccination. Cependant, les sages-femmes du groupe « confirmées » sont celles ayant le plus faible taux. La vaccination de l'entourage de la femme et du nouveau-né est une compétence récemment acquise de la profession de sage-femme en France. En octobre 2016, un nouveau texte abroge l'arrêté de mars 2005 et fixe la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer (25) (26).

Cela pourrait expliquer ce faible taux chez les sages-femmes du groupe des « confirmées ». Ces dernières ne réalisant pas à l'époque cette prévention aussi large, sont tenues aujourd'hui de suivre les nouvelles compétences et recommandations autour de la vaccination. De plus, cela pourrait s'expliquer par un apprentissage théorique plus proche pour les « novices » ou les « expérimentées » que les « confirmées ».

D'après la saisine de la HAS, la vaccination fait partie intégrante des paramètres de surveillance de la mère et de l'enfant. En cas d'hospitalisation de la mère et de l'enfant, leur statut vaccinal (si risque présent pour l'enfant concernant l'hépatite B et

BCG) doit être vérifié et dans le cas échéant, les vaccinations doivent être faites avant la sortie ou prescrites (7).

D'après une étude descriptive réalisée auprès des sages-femmes libérales du Pays de la Loire, « 60,2% estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires pour pratiquer la vaccination et parmi elles, 77,4% ne se forment jamais à la vaccination » (27).

Effectivement, d'après l'étude Vaccinoscopie menée par Cohen, Gaudelus, Denis, Stahl, Chevaillier, Pujol et Martinot en France, la couverture vaccinale concernant la coqueluche reste faible malgré la stratégie *cocooning* mise en place en 2004. Dans cette étude, « seules six mères sur 10 ont déclaré que leur statut avait été vérifié par un professionnel de la santé lors de leur dernière grossesse » (28).

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, elles sont 28,0% à ne pas connaître leur statut vaccinal et 35,0% à ne pas être à jour au niveau de leur vaccination (5).

De plus en 2016, seulement 7,4% des femmes enceintes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière (5).

En France, peu de travaux de recherches ont été réalisés concernant la perception de la vaccination des sages-femmes. Cependant, d'après une étude australienne récente de 2019, il a été démontré que les sages-femmes ayant suivi une formation spécifique concernant la vaccination en dehors de leurs études étaient plus susceptibles de conseiller en toute confiance les parents sur les vaccinations maternelles et infantiles ($p < 0,001$) (29).

Les sages-femmes réalisant le suivi de grossesse de la femme enceinte, ainsi que le suivi des suites de couches à domicile, ont une place toute particulière auprès des couples. Un climat de confiance s'installe au fur et à mesure des consultations, rendant les sages-femmes d'autant plus légitimes à prodiguer des informations de prévention. C'est ce que l'étude canadienne de Dubé et al., de 2013 a révélé. Cependant, dans cette même étude, un certain nombre de sages-femmes exprimait le besoin d'être davantage informé sur la vaccination afin de donner une information claire et nuancée aux parents (30).

En effet, d'après le référentiel métier de la sage-femme, la communication fait partie des compétences. Elle se doit de « délivrer une information claire et adaptée à la compréhension de la femme, de sa famille et de son entourage » (20).

D'après l'arrêté du 31 juillet 2019 fixant les orientations pluriannuelles prioritaires du DPC pour les années 2020 à 2022, la promotion de la vaccination y figure comme un des thèmes prioritaires (31).

Dans le cadre du DPC, les professionnels ont la possibilité de se former via diverses méthodes : formations à distance (type *e-learning*), congrès scientifique, analyse d'articles, formations diplômantes etc., permettant un accès facilité et selon les possibilités de chacun (32).

2.3. Contraception

Dans notre étude, environ une sage-femme sur deux dispense les informations autour de la contraception aux jeunes mères. De manière régulière, 35,71% des sages-femmes libérales le font.

D'après les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de 2006, les professionnels se doivent de présenter les différentes méthodes contraceptives aux femmes durant la première semaine du post-partum (7).

D'après les recommandations de la HAS, l'accompagnement et l'information autour de la contraception font partie du suivi des suites de couches. Nous pourrions de même supposer que cet accompagnement est déjà réalisé lors du séjour à l'hôpital et plus spécifiquement au moment de l'examen de sortie de la patiente par les professionnels de l'établissement.

3. Surveillance de l'enfant

D'après notre enquête, le taux de conformité concernant la surveillance de l'enfant est plus bas que celui concernant la surveillance maternelle.

De manière générale, la surveillance de l'enfant était réalisée entre les trois groupes à égalité relative selon les recommandations. Des pistes d'amélioration peuvent être proposées au vu des résultats (63,08%). Même si la majorité des sages-femmes réalisent la surveillance de l'enfant en accord avec les recommandations, ce n'est pas le cas pour une partie d'entre elles.

Néanmoins, il est important de préciser que de grandes disparités existent selon les paramètres recherchés.

Au minimum, 90% des sages-femmes assurent de manière systématique la recherche de plusieurs paramètres : le poids, l'alimentation, l'appréciation visuelle de la coloration cutanée, la cicatrisation du cordon, la fréquence et l'aspect des urines et des selles, la supplémentation en vitamines D et K et le tonus, l'éveil et le contact de l'enfant.

Ceci est plutôt positif, mais la recherche seule de ces paramètres est insuffisante pour garantir le suivi optimal de l'enfant.

De plus, la HAS recommande de manière systématique lors de chaque visite à domicile, la prise de température lors des retours précoces à domicile. La température fait partie des éléments permettant d'éliminer tout risque infectieux (7). Elle fait également partie des paramètres de suivi de la bonne adaptation à la vie extra-utérine du nourrisson.

La prise de température de manière systématique ne devrait pas être un frein pour les sages-femmes (le coût d'un thermomètre pouvant aller de 10€ à plus de 100€).

Nous pouvons supposer que les sages-femmes libérales adaptent la prise de température selon le contexte clinique rencontré.

3.1. Dépistage de l'ictère néonatal

La mesure de la BTC ou de la BS est nécessaire dans le cadre des sorties précoces. Cependant, seulement 12,96% des sages-femmes libérales suivent les recommandations de la HAS et 48,15% des sages-femmes libérales effectuent rarement cette mesure.

D'après les recommandations de 2014 de l'HAS, la mesure de la BTC ou de la BS est essentielle afin de permettre le dépistage de l'ictère néonatal dans le cadre des retours précoces à domicile. Ce dernier fait partie des pathologies néonatales fréquemment responsables de réhospitalisations après la sortie de la maternité (7).

Dans notre étude, 100% des sages-femmes libérales réalisent la surveillance de la coloration cutanée dans le cadre de la prévention de l'ictère néonatal. La perception de la coloration cutanée ne doit pas être le seul élément de surveillance de l'apparition de l'ictère néonatal.

En 2009, Keren et al. ont pu démontrer que l'échelle visuelle sous forme de grades, utilisée en tant que prédicteur d'une hyperbilirubinémie néonatale significative, avait un faible pouvoir discriminatoire global [OR, 0,65 ; IC à 95% (0,50 à 0,80)] (33).

De plus, dans l'étude « *Transcutaneous bilirubinometry reduces the need for blood sampling in neonates with visible jaundice* » qui est un essai clinique randomisé de S. Mishra et al., il a été montré que la mesure systématique de la BTC a réduit le besoin de dosage de la BS chez les nouveau-nés par rapport à l'évaluation visuelle systématique de la coloration cutanée ($p=0,008$, [OR, 0,66 ; IC à 95% (0,49-0,90)]) (34).

L'étude de Bhutani et al. concernant l'évaluation d'un bilirubinomètre (BiliCheck), démontre la précision et la reproductibilité des mesures du BiliCheck chez les nourrissons. Une corrélation linéaire et statistiquement significative a été démontrée entre les mesures de la bilirubine sanguine et des BiliCheck ($p<0,001$) (35).

De même, d'autres études ont montré une corrélation statistiquement significative entre les mesures de la bilirubine sanguine et celles prises par le Draeger JM-103. Cet appareil est utilisé dans plusieurs maternités en France (36) (37) (38).

Des facteurs de risques d'hyperbilirubinémie sévère ont été établis par la HAS grâce aux données du rapport du Collège Royal britannique des obstétriciens et des gynécologues, mandatés par le NICE, aux recommandations des sociétés canadiennes et du Pays de la Loire (7). Il paraît alors important de respecter les critères d'éligibilité au retour précoce à domicile pour les nouveau-nés, mais aussi de porter attention aux facteurs de risques pouvant augmenter le risque d'apparition d'ictère néonatal.

Or, les professionnels de santé sont face à un dilemme. La prévention de l'apparition de l'ictère néonatal repose sur différents paramètres comme la surveillance cutanée et la mesure de la BTC lors des retours précoces à domicile. Pour se faire, l'achat d'un bilirubinomètre est nécessaire avec un coût de 3000€ au minimum, ce qui reste un frein majeur d'après l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSF) (39).

Nous avons pu observer dans notre étude qu'une partie des sages-femmes libérales souhaitent obtenir une aide quant à l'achat d'un tel appareil. Elles sont demandeuses de réaliser un dépistage optimal de l'ictère néonatal. Il aurait été intéressant, dans

notre étude, de connaître le nombre de sages-femmes libérales d'Alsace possédant un bilirubinomètre.

L'ANSF insiste sur le fait qu'un financement soit organisé de la part de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) afin d'assurer un dépistage de qualité.

3.2. Alimentation de l'enfant

Dans notre étude, toutes les sages-femmes assurent le suivi de l'alimentation de l'enfant. Près de la moitié des sages-femmes observent toujours une tétée (49,09%). Néanmoins, elles sont 49,09% à le faire de manière régulière. En contrepartie, elles sont 88,89% à divulguer les conseils autour de l'allaitement maternel de façon systématique.

Or, d'après les résultats, il a été démontré que les sages-femmes libérales appartenant au groupe des « confirmées » sont les plus nombreuses à observer une tétée bien que celles-ci soient les moins nombreuses à prodiguer les conseils nécessaires à l'allaitement maternel par rapport aux autres groupes.

Cela pourrait s'expliquer par une expérience et une pratique plus riches des « confirmées » par rapport aux autres groupes. Elles seraient alors plus dans l'observation et l'adaptation des conseils selon les situations, que les autres groupes étant plus proches de leur formation théorique. Ces derniers donneraient les informations plus fréquemment sans forcément les adapter au contexte.

De plus, cela pourrait aussi s'expliquer par une activité plus variée en début de carrière, qui tend à se spécialiser au fur et à mesure des années : les sages-femmes ayant une expérience plus riche adapteraient plus facilement leurs conseils et actes selon la situation rencontrée.

Il aurait été intéressant de demander aux sages-femmes interrogées plus de détails autour de l'observation d'une tétée et des conseils donnés : les conseils sont-ils adaptés à la situation ? Dans quels cas une tétée n'est-elle pas toujours observée ?

L'enquête nationale périnatale insiste sur le fait de « [...] poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches » (5).

L'observation d'une tétée semble essentielle au suivi de l'allaitement maternel. Un lien existe entre la prévention de l'ictère néonatal et l'allaitement maternel. D'après Lain et al., l'allaitement maternel exclusif est un facteur de risque important de réadmission néonatale pour ictère (40).

En effet, d'après une étude américaine datant de 2020, le suivi de l'allaitement maternel à domicile a de réels bénéfices. La mise en place de soutiens spécifiques (consultantes en lactation, visites à domicile etc.) à l'allaitement maternel augmente la probabilité d'un allaitement maternel qu'il soit mixte ou exclusif ($p < 0,001$) (41).

Dans leur étude, Brown et al., ont réalisé une estimation groupée de huit essais rapportant des données sur l'allaitement maternel partiel ou exclusif à un mois ou deux mois après l'accouchement. Il n'existe aucune différence significative entre le groupe de sortie précoce et le groupe recevant des soins standards : « les femmes du groupe de sortie précoce n'étaient pas plus ou moins susceptibles de ne pas allaiter lors du suivi au cours des huit premières semaines du post-partum » [OR, 0,90 ; IC à 95% (0,76-1,06)] (42). Cette étude apporte une réflexion quant à l'accompagnement de l'allaitement maternel. Dans le cadre des retours précoces à domicile, nous pourrions penser que la jeune mère pourrait être plus soutenue et donc potentiellement allaiter plus longtemps.

D'après une étude de la DREES de 2013, le sevrage apparaît précocement : environ 10% des mères arrêtent l'allaitement dès la sortie de la maternité (43). Un soutien efficace lors du retour à domicile paraît évident.

Concernant l'allaitement artificiel, 70,91% des sages-femmes libérales de notre enquête donnent systématiquement les conseils. Il est intéressant d'observer que les sages-femmes libérales divulguent moins fréquemment des conseils autour de l'allaitement artificiel que de l'allaitement maternel (88,89%).

D'après l'enquête auprès des usagères de maternités menée par la DREES en 2006, 14,5% des femmes interrogées n'étaient « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et des conseils donnés sur l'allaitement artificiel (13).

La HAS recommande de donner des informations complètes à la mère et aux couples sur l'allaitement artificiel :

- Le nombre, la fréquence et le volume des biberons ;
- La préparation et la durée de conservation du lait (7).

Le soutien à l'allaitement et l'alimentation du nouveau-né font partie des axes prioritaires du DPC pour les années 2020 à 2022 (31).

L'allaitement maternel est au cœur des préoccupations des professionnels. Or, l'allaitement artificiel peut être choisi par les parents, ou recommandé lorsqu'une contre-indication à l'allaitement maternel existe. Il convient alors de conseiller les jeunes mères et couples du mieux possible, comme cela est préconisé pour l'allaitement maternel.

3.3. Dépistages néonataux

En France, les dépistages néonataux sont réalisés entre trois et quatre jours de vie. Dans le cadre des sorties précoces de la maternité, les dépistages néonataux (des maladies métaboliques et de la surdité) ne peuvent pas systématiquement être faits dans l'établissement. Il paraît important d'assurer la continuité du suivi des dépistages mais aussi leur traçabilité.

Seulement 43,64% des sages-femmes interrogées réalisent les dépistages néonataux et le suivi de leur traçabilité de manière systématique. Cependant, 41,82% des sages-femmes le font de manière régulière.

D'après les recommandations de la HAS de 2014, les dépistages doivent être organisés avant la sortie de la maternité. Pour les sorties précoces, l'articulation ville-hôpital est essentielle pour permettre la réalisation de ces dépistages (7).

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, « plus d'une maternité sur deux déclare qu'une procédure de rattrapage est organisée » concernant le dépistage néonatal de surdité lorsque celui-ci n'a pas pu être réalisé durant le séjour.

Concernant le dépistage néonatal sanguin, trois solutions sont retrouvées dans l'enquête afin d'assurer ce suivi : un rattrapage systématique par un retour à la maternité, une sage-femme libérale à domicile ou bien la proposition des deux modes d'organisation (5). La réalisation de ce dépistage est essentielle. Elle permet de dépister des maladies graves avec une prise en charge thérapeutique pouvant être précoce (7).

Il serait intéressant de questionner les sages-femmes libérales de manière plus précise sur l'organisation des dépistages.

3.4. Examen neuro-morphologique et auscultation cardiaque

Seulement 38,18% des sages-femmes interrogées réalisent l'auscultation cardiaque du nourrisson et s'intéressent à la perception des pouls fémoraux. Il existe 27,27% de sages-femmes libérales réalisant rarement cet examen. Ce résultat peut paraître étonnant et alarmant au vu de l'importance d'un tel examen.

En effet, cet examen rigoureux permet le dépistage de cardiopathies néonatales. De plus, certaines cardiopathies ne sont décelables à l'examen clinique qu'après quelques jours de vie (44).

Le diagnostic de cardiopathies peut être fait durant la vie fœtale mais aussi en période néonatale.

Réaliser cet examen de manière systématique comme il est recommandé, pourrait peut-être éviter des pathologies ou des réadmissions de nourrissons dans les services de pédiatrie.

D'après l'étude de Desbats C., datant de 2018, la principale source d'inquiétude relevée des sages-femmes lors de l'examen clinique du nourrisson est l'examen cardiopulmonaire.

De même, d'après une étude anglaise datant de 2003, il a été démontré que malgré des formations initiales autour de l'examen clinique du nouveau-né, l'examen cardiopulmonaire mériterait d'être amélioré (45).

Le travail en réseau a toute sa place pour permettre aux sages-femmes de se référer à un autre professionnel compétent en cas de doute.

Les sages-femmes, étant des actrices de premières lignes dans le suivi du couple mère-enfant, sont les plus à même d'assurer cette prise en charge. Cela fait partie de leurs compétences (20).

De même, seulement 44,44% des sages-femmes libérales interrogées réalisent l'examen clinique de l'enfant en accord avec les recommandations, c'est-à-dire de manière systématique. La HAS recommande la réalisation d'un examen neuro-morphologique avant la sortie (devant être normal), mais également entre J6 et J10.

4. Conseils donnés aux mères

Aucune significativité n'a pu être mise en évidence concernant les paramètres suivants :

- Conseils autour de la mort inattendue du nourrisson (MIN)
- Conseils pour le change
- Aide pour le bain

Malgré cela, les pourcentages de sages-femmes libérales abordant ces sujets lors du suivi sont faibles (respectivement 38,18%, 36,36% et 7,27%). Outre les conseils en matière de prévention de la MIN, les conseils pour le change et l'aide pour le bain relèvent du domaine de la puériculture. Le suivi de la mère et de l'enfant étant déjà bien complet, les sages-femmes priorisent certainement les paramètres les plus importants à évaluer au détriment de certains autres. Ceci rejoint l'opinion de certaines sages-femmes quant au suivi de la mère et de l'enfant qui pourrait être réalisé par plusieurs professionnels permettant une complémentarité.

Aux Pays-Bas, en plus d'un suivi avec une sage-femme à domicile, les femmes bénéficient d'une assistance maternelle : *kraamerzorgster*. Cette dernière aide le(s) parent(s) dans les soins postnataux et l'allaitement, donne des informations, aide à l'organisation au sein du domicile avec les autres enfants s'il y en a et réalise même des tâches ménagères. Cette aide est possible pour chaque mère, avec un droit légal de minimum 24 heures (46).

La recherche du soutien dont bénéficie la mère est un paramètre hautement recherché par le groupe des « confirmées ». Une fois de plus, nous avons pu mettre en évidence que l'âge pourrait être un facteur influençant la recherche de ce paramètre de manière systématique : plus l'ancienneté est importante, plus la recherche du soutien dont bénéficie la mère est satisfaite. Le groupe des « novices » ayant un taux de conformité appréciable, nous pourrions supposer que la proximité avec leur formation théorique les sensibiliserait davantage à ce paramètre.

En opposition avec la plupart des résultats, le groupe des « novices » recherche à 100% et ce, de manière significative l'état et les troubles psychiques en accord avec les recommandations. D'après la circulaire de juillet 2005 relative à la promotion de la

collaboration médico-psychologique en périnatalité, la collaboration entre psychologues et professionnels de périnatalité est nécessaire au sein des établissements. De plus, cette circulaire a pour but de donner les éléments clés aux intervenants de première ligne pour la prise en charge des manifestations émotionnelles. Les psychologues ont ainsi pour objectif d'aider les professionnels « à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes » (47).

Les sages-femmes « novices » sont potentiellement plus sensibilisées car elles côtoient des psychologues dans les services de maternité lorsqu'elles y travaillent.

Les résultats concernant les conseils autour de la MIN sont interpellant. Seulement 38,18% des sages-femmes libérales informent systématiquement les parents des recommandations autour de ce sujet.

La MIN est la principale cause de décès chez les enfants âgés de moins d'un an en France. D'après les données de l'Observatoire national de la mort inattendue du nourrisson, « la France reste l'un des pays à fort taux de MIN au sein de l'Europe avec 400 à 500 décès par an ».

D'après l'enquête nationale de 2007-2009 sur les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans par l'Institut de veille sanitaire (INVS), un quart des décès expliqués était lié à un problème de couchage (48). Il s'agit du devoir des professionnels **d'informer les parents** sur les attitudes préventives à adopter.

Une sensibilisation des professionnels est importante pour obtenir une prévention optimale de la MIN selon les recommandations. D'après notre étude, la majorité des sages-femmes réalisent cette information régulièrement ce qui est encourageant.

Avec la réorganisation des maternités, plusieurs centres périnataux de proximité (CPP) ont vu le jour d'après les décrets de 1998. L'enseignement des soins du nouveau-né fait partie des missions d'un CPP (49).

D'après le rapport de 2013 de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), ces soins peuvent concerner les conseils de puériculture ou encore les gestes et soins montrés en maternité (50).

En 2019, quatre centres périnataux de proximité étaient présents sur le territoire alsacien. Les maternités de Thann et Altkirch, à la suite de leur fermeture, se sont réorganisées en CPP.

D'après le projet régional de santé 2018-2028 de l'Agence régionale de santé (ARS), l'offre de soins de proximité fait partie d'un des axes stratégiques (51).

5. Retour précoce à domicile et réhospitalisations

Les réadmissions de patientes dans le post-partum concernent plus d'une sage-femme libérale sur deux (56,36%) dans notre étude. Les pathologies retrouvées rejoignent ceux de la littérature : majoritairement, les complications infectieuses, thrombo-emboliques et hémorragiques sont retrouvées (52).

Dépister les pathologies du post-partum fait partie d'une des nombreuses compétences de la sage-femme (20). Dans notre population, 81,82% des sages-femmes libérales ont déjà diagnostiqué une pathologie.

Concernant l'enfant, d'après Elberg et al., une étude transversale réalisée en Suède en 2008, les motifs de réhospitalisations sont l'infection néonatale, l'ictère et les problèmes liés à l'alimentation. Les résultats de notre étude concernant les motifs de réhospitalisations retrouvés chez l'enfant sont en accord avec ceux de cette étude. Les nouveau-nés ayant bénéficiés d'un examen néonatal de routine avant 48 heures de vie et un programme de soins à domicile présentaient un taux de réadmission plus élevé que ceux ayant bénéficié d'un examen néonatal de routine après 48 heures ainsi que 24 heures de soin à l'hôpital [OR, 1,3 ; IC à 95% (1,16-1,48)] (53).

Elberg et al. ont conclu qu'il semble alors nécessaire d'avoir un examen néonatal tardif et un programme de suivi actif pour réduire le taux de réadmissions néonatales.

De même, d'après une étude anglaise de Harron et al., datant de 2017, la majorité des réadmissions néonatales précoces peuvent être considérées comme évitables (ictère, déshydratation etc.) (54).

D'après notre étude, la majorité des sages-femmes libérales ont déjà été confrontées à un cas de réhospitalisation de la mère ou de l'enfant.

Malgré des résultats contradictoires dans la littérature concernant les sorties précoces de la maternité et les réhospitalisations, une organisation efficace et un respect strict des critères d'éligibilité au retour précoce à domicile permettent de limiter le risque de réhospitalisations maternelles et néonatales (54). Un circuit ville/hôpital bien défini est alors essentiel.

Il serait intéressant de connaître l'articulation ville/hôpital dans le cadre des réhospitalisations. Par exemple, les sages-femmes libérales utilisent-elles un document du suivi du post-partum permettant d'en informer l'établissement ? Des protocoles de réhospitalisations sont-ils prévus au sein des divers établissements du territoire ?

6. Le travail en réseau

La notion de réseau existe depuis plusieurs années. D'après le plan périnatalité de 1994, un des axes d'amélioration concernait les pratiques de travail en réseau. En novembre 2004, le plan « périnatalité » 2005-2007 vient s'intéresser plus précisément à cet aspect. Ce plan permet la mise en place de réseau ville/PMI/hôpital afin d'assurer une prise en charge optimale du suivi de la mère et de l'enfant (49). La circulaire créée en 2006 a pour but d'améliorer le développement de ces réseaux. Des réseaux de périnatalité se développent sur tout le territoire au fil des années.

Dans cette continuité, en 2014, l'HAS insiste sur le concept de réseau de périnatalité. En Alsace, il existe des réseaux de périnatalité tel que « Naître en Alsace » ou encore le réseau périnatal de proximité « Thur Doller ». Ces réseaux favorisent le lien entre les professionnels, créent des actions ou des espaces de rencontres, des formations, ou encore par exemple des protocoles.

À travers notre étude, nous observons qu'il existe une communication plus importante entre les sages-femmes libérales et les autres professionnels de ville qu'avec les professionnels des maternités.

Daval L., met en évidence dans son étude le manque de coordination entre les hôpitaux et les professionnels de ville en Alsace. Un manque de coordination autour de la prise en charge des couples mère-enfant est exprimé par 55% des professionnels interrogés. De même, certains expriment un manque de connaissance du maillage territorial. Cette connaissance est nécessaire et évidente pour garantir une sécurité optimale de la mère et de l'enfant.

Les professionnels expriment un besoin de clarification de leurs compétences afin de définir précisément le champ d'action de chaque intervenant. Les sages-femmes libérales interrogées dans l'étude « revendiquent leurs compétences auprès des établissements de santé, ainsi qu'auprès des médecins libéraux ». En effet, un clivage est perçu par certains entre les professionnels de ville et d'hôpital, mais aussi au sein

même des professionnels de ville (55). C'est ce que nous retrouvons dans notre étude. Les sages-femmes exprimaient un désir de communication plus importante avec les maternités. Une sage-femme avait exprimé un réseau qui n'était pas assez développé.

La reconnaissance des compétences de chaque profession mais aussi la clarification des missions de chacun a pour but d'améliorer la qualité du suivi du couple mère-enfant, en permettant **un travail en interdisciplinarité plus fluide**.

De plus, les raisons de consulter les différents professionnels ne sont pas les mêmes. Le médecin sera consulté pour avis médical par exemple, tandis que le pharmacien sera plus souvent consulté pour la délivrance de produits. Il paraît alors plus qu'évident de cadrer les missions de chacun, afin d'éviter des chevauchements d'activités comme démontré dans l'étude de Daval L. (55).

Il a été mis en évidence dans notre étude que peu de sages-femmes libérales consultent une assistante sociale. Une hypothèse pouvant expliquer cela est que la population des sages-femmes libérales est différente de celle des sages-femmes exerçant en PMI par exemple. Elles n'ont alors pas aussi souvent recours à une assistante sociale dans leurs pratiques que d'autres sages-femmes.

Cependant, les sages-femmes libérales ont plus régulièrement recours à la PMI qu'à l'assistante sociale. Nous pourrions supposer qu'elles soient plus facilement en contact avec la PMI.

En effet, en Alsace, un dispositif appelé « Allo PMI » a été conçu pour créer un lien simplifié et efficace entre les établissements ou les professionnels libéraux et la PMI. Il permet de ce fait d'assurer une prise en charge rapide du couple mère-enfant lorsqu'il est nécessaire (56).

De même, nous avons pu noter que les sages-femmes libérales « confirmées » sont les plus nombreuses à ne pas consulter de pharmaciens ou alors « rarement », par rapport aux autres groupes en consultent plus fréquemment. Il est possible que l'expérience plus riche des sages-femmes « confirmées » justifie cette différence par rapport aux autres groupes. Malgré des compétences acquises pour tous les groupes, l'ancienneté est un facteur pouvant jouer sur la consultation ou non à un autre professionnel.

Les sages-femmes des établissements de santé ont été les plus citées dans l'étude de Daval L., comme professionnels intervenants dans l'organisation des sorties de maternité. Elles sont des actrices de première ligne dans ce suivi (55).

D'après cette même étude, près de la moitié des professionnels de ville (Centre Périnatal de Proximité, PMI et libéral) estiment que l'organisation des sorties de maternité peut encore être améliorée.

7. Organisations du retour précoce à domicile

7.1. Le PRADO

Le PRADO est toujours ou régulièrement mis en place dans 96,29% des cas lors des sorties précoces à domicile. On observe une forte collaboration des sages-femmes libérales au dispositif.

En effet, d'après l'étude de Daval L., ce dispositif est le plus souvent associé à l'organisation des sorties de maternité en Alsace (55).

Ces chiffres correspondent aux résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016. Seulement 8% des maternités proposaient aux femmes une visite à domicile par une sage-femme libérale lors du retour à domicile, contre 79% dans le cadre du PRADO.

Ce dispositif apporte **un réel soutien** aux femmes qui se sentaient autrefois « abandonnées » à la sortie de la maternité (13).

7.2. La réalisation des VAD

Malgré l'absence de différences significatives, les groupes des « novices » et des « confirmées » sont ceux ayant les plus bas taux de conformité concernant le délai de réalisation en pratique de la première VAD. Cependant, ces groupes connaissent à 100% le délai recommandé pour réaliser la première VAD. Cela nous amène à nous questionner sur l'existence d'une telle différence entre les deux variables. Des sages-femmes avaient exprimé le fait qu'il était parfois difficile de se rendre au domicile des patientes dans les 24h suivant la sortie.

Cependant, lors de la prise de rendez-vous pour le suivi à domicile, la sage-femme s'engage à réaliser la surveillance de la mère et de l'enfant dans les délais impartis. Cela amène réflexion quant à la responsabilité professionnelle de chacun.

Il est important de noter que près de la moitié des sages-femmes libérales (49,15%) réalisent leur VAD dans une limite de 1h à 1h30, ce qui semble suffisant d'après le contenu que comporte l'examen clinique de la mère et de l'enfant.

7.3. Préparation du retour précoce à domicile

La HAS recommande d'organiser en amont le retour précoce à domicile de la mère et de l'enfant en informant des modalités du suivi. Les parents ont un rôle à tenir dans cette organisation, en anticipant et en réfléchissant à la façon dont ils souhaitent le déroulement après la naissance. Les professionnels ont de même leur rôle, en donnant toutes les informations pertinentes et essentielles aux parents pour les éclairer dans ce choix (7).

D'après notre étude, les professionnelles exprimaient une volonté de retours précoces à domicile organisés en amont.

L'avenant numéro quatre du journal officiel de la République française de 2018 vient soutenir les recommandations de la HAS. En effet, dans le cadre des retours précoces à domicile, il convient d'organiser un contact anténatal entre la patiente et la sage-femme libérale choisie. Ceci ayant pour but d'améliorer la prise en charge. Ce contact peut être organisé dans le cadre du bilan prénatal ou de toute autre consultation pendant la grossesse (57).

L'organisation des sorties précoces de maternité en Suède est systématiquement planifiée en anténatal et ce, permettant une prise en charge individualisée. Le couple mère-enfant est systématiquement suivi durant la première semaine du post-partum. D'après l'étude de Boubred et al., l'organisation structurelle des sorties précoces de maternité en Suède permet de limiter les réhospitalisations de l'enfant (58).

Cependant, ce souhait de la part des professionnels mériterait d'être précisé : s'agit-il d'un manque de prévision de la part des patientes et donc une information plus accentuée à diffuser ? Ou bien un manque d'organisation de la part des professionnels et donc une organisation structurelle à mettre en place ?

Concernant l'organisation structurelle actuelle, d'après notre étude, les sages-femmes libérales estiment qu'un référent de maternité est toujours désigné dans seulement 7,14% des cas, et rarement dans 41,07% des cas. Une organisation efficace est nécessaire et essentielle pour la prise en charge des couples mère-enfant. Effectivement, d'après l'étude de Daval L., 16,7% des professionnels libéraux estiment avoir un référent identifié au sein des maternités partenaires. Or, d'après cette même étude, 37,9% des maternités identifient un référent (55).

Il existe un **manque de communication** évident entre les établissements de santé et les sages-femmes libérales pouvant parfois ne pas rendre le suivi du couple mère-enfant optimal.

7.4. Documents de communications et transmissions

Un des éléments importants ressortant de cette étude est la communication hôpital-ville. En effet, les résultats autour des documents de communications ainsi que des transmissions interpellent et alarment. Des lacunes persistent malgré les recommandations de la HAS éditées en 2014.

Il a été mis en évidence que dans seulement 2,27% des cas, les transmissions fournies par la maternité sont toujours complètes. Elles le sont régulièrement dans 59,09% des cas. Lorsque les transmissions sont rarement ou jamais complètes, il s'agit d'éléments essentiels au suivi de la mère et de l'enfant (par exemple le déroulement des SDC, la situation sociale de la mère ou du couple, la relation mère-enfant...).

Lors de l'enquête nationale périnatale de 2016, « [...] 69 % des établissements publics, 54 % des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et 46 % des maternités privées à but lucratif déclarent remettre systématiquement aux femmes une fiche de liaison lors de leur sortie de la maternité » (5).

D'après le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016, une lettre de liaison lors des sorties d'établissements doit être rédigée par le professionnel assurant la sortie du patient. Ce décret est entré en vigueur le 1^e janvier 2017 (59).

D'après notre étude, 93,18% des établissements fournissent une lettre de liaison à la sage-femme libérale. Ce résultat est très correct, mais pas encore optimal.

Par ailleurs, une sage-femme avait précisé la présence d'informations parfois erronées. La plupart des maternités utilisent un système de lettre de liaison déjà

préremplie pouvant augmenter le risque d'erreur. Dans 15,91% des cas, les sages-femmes se doivent de réaliser une anamnèse auprès de la patiente pour compléter les informations du dossier médical, ce qui n'est pas négligeable.

Une communication optimale entre les différents professionnels est primordiale pour assurer la continuité du suivi de la mère et de l'enfant.

D'après notre étude, dans 77,27% des cas, les sages-femmes ont accès au carnet de maternité de la patiente pour recueillir les données utiles au suivi du post-partum.

En effet, d'après l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, ce carnet a pour but d'informer le(s) parent(s) des modalités du suivi de grossesse mais aussi d'assurer le lien entre les différents professionnels assurant ce suivi (60).

Il est positif d'observer ce résultat au sein de l'échantillon de l'étude. Les professionnels semblent utiliser cet outil afin d'assurer une liaison entre eux garantissant le partage d'informations essentielles au suivi de la femme.

D'après l'étude de Ostermeyer C., 74% des sages-femmes interrogées estimaient la prise en charge des patientes au sein du réseau un peu plus aisée ou plus aisée. De même, 78% des sages-femmes interrogées affirment la nécessité d'une amélioration de la communication du réseau vers les différents professionnels (61).

D'après l'étude de Daval L., les professionnels expriment le besoin d'un outil informatique pouvant assurer le lien entre les différents acteurs du suivi de la mère et de l'enfant (55).

En 2018, l'Assurance Maladie lançait le dossier médical partagé (DMP). Ce dossier peut être visualisable par tous les professionnels assurant le suivi du patient et permettre une coordination des soins. Cet outil est très utile pour les personnes nécessitant des soins fréquents, comme les femmes enceintes ayant un suivi régulier durant leur grossesse. Au bout d'un an, 8 millions de DMP sont ouverts, 20% des médecins alimentent systématiquement le dossier et 46% des médecins le consultent (62).

D'après Daval L., certains professionnels restent réticents face à l'utilisation du DMP. En effet, le DMP ne semble pas simple d'utilisation pour tout le monde et peut être accompagné de soucis informatiques motivant les professionnels à ne pas s'en servir (55).

Effectivement, en Suède, le dossier médical des patients est informatisé et partagé avec tous les professionnels concernés (58).

8. Bilan de l'étude

La première hypothèse affirmait que les sages-femmes libérales assurent un suivi permettant une sécurisation du couple mère-enfant en accord avec les recommandations de l'HAS lors des retours précoces à domicile.

Cette première hypothèse est validée.

Néanmoins, cette affirmation est à nuancer. Même si les résultats concernent la majorité, il a pu être mis en évidence des axes d'amélioration sur des points spécifiques du suivi de la mère et de l'enfant. Il semble de même y avoir des insuffisances concernant par exemple la communication interprofessionnelle et ville/hôpital ou encore le relai de la prise en charge à domicile.

La deuxième hypothèse affirmait que les sages-femmes sont favorables au retour précoce à domicile pour les couples mère-enfant.

Cette deuxième hypothèse est validée puisque 86,96% des sages-femmes libérales sont favorables au retour précoce à domicile.

Malgré ce résultat positif, les sages-femmes interrogées ont pu mettre en avant des points d'amélioration essentiels que nous avons pu détailler pour garantir un suivi de qualité.

Lors de l'écriture de ce mémoire, le pays faisait face à une véritable crise sanitaire impactant à tous les niveaux la vie des citoyens. Le séjour des jeunes mères et de leur enfant en a été de même touché, obligeant une réorganisation des maternités pour leur sécurité. Nous avons donc décidé d'aborder brièvement les enjeux de cette crise sanitaire concernant les sorties de maternité.

IV. Contexte actuel : le coronavirus et les retours précoces à domicile

En novembre 2019 apparaît la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Il s'agit d'un nouveau virus, le SARS-Cov-2 responsable d'une atteinte des voies respiratoires.

Comme symptômes, nous pouvons retrouver la fièvre, la toux, la gêne respiratoire ou encore plus rarement, un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Cette maladie se propage par la suite dans le monde entier. Le virus touche la France le 24 janvier 2020. Le 30 janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prononce l'état d'urgence de santé publique de portée internationale. Le 11 mars 2020, l'épidémie de COVID-19 est déclarée pandémie par l'OMS. Le monde entier traverse une véritable crise sanitaire (63) (64).

De cette pandémie en découle des réorganisations brutales au sein des hôpitaux et des maternités. Cette maladie étant issue d'un nouveau virus, les risques pour les femmes enceintes et les nouveau-nés ne sont pas connus. De ce fait, les visites à la maternité ne sont plus autorisées et les jeunes mères avec leur enfant passent seules leur séjour à la maternité. Les couples mère-enfant sortent précocement dans la plupart des maternités alsaciennes avec parfois des sorties à six heures de post-partum. Ces dispositions ont pour but de limiter les contacts et les risques de transmissions du virus (65).

Pour assurer la continuité de la prise en charge des couples mère-enfant, les sages-femmes libérales se sont clairement positionnées afin d'assurer ce suivi. Les professionnels de ville ont un rôle crucial et essentiel dans la gestion de cette crise, prenant le relai du suivi des jeunes mères et des nouveau-nés afin d'assurer la continuité des soins dans la sécurité. Les retours précoces à domicile sont alors une alternative évidente pour pallier les risques de contamination (65).

V. Pistes d'amélioration

1. Selon chaque groupe : développement de la formation continue des sages-femmes

Au vu des résultats, il serait intéressant de proposer des pistes d'amélioration spécifiques selon chaque groupe.

La sensibilisation des professionnels au retour précoce à domicile semble nécessaire. **Une formation** de tous les professionnels assurant le suivi des suites de couches à domicile est indispensable.

De même, **des formations type simulation autour de l'examen clinique du nouveau-né** permettraient aux sages-femmes de se sentir plus à l'aise face à cette pratique.

Il conviendrait de réaliser ces simulations de manière régulière, pour revoir les pratiques et les pathologies à dépister.

Se perfectionner autour de cet examen permettrait aux sages-femmes d'être plus à même de dépister des pathologies, et de limiter les réhospitalisations de l'enfant.

Pour les sages-femmes « novices », **un cours spécifique** au suivi des sorties précoces de la maternité lors de la **formation initiale** permettrait aux étudiantes sages-femmes une fois diplômées de se sentir plus à l'aise et à même d'assurer un suivi en accord avec les recommandations de la HAS.

Pour les sages-femmes « expérimentées » et « confirmées », l'apparition de nouvelles compétences acquises depuis l'obtention de leur diplôme nécessite des **formations appropriées**. Il est important de rappeler que le développement professionnel continu est une obligation pour les sages-femmes.

De plus, d'après les études énoncées plus tôt, les professionnels formés sont plus à l'aise dans leur pratique.

2. Pendant la grossesse : le dossier informatique, un outil de partage

Nous pourrions imaginer un **dossier informatique**, visualisable par l'ensemble des professionnels assurant le suivi de la femme et de la dyade mère-enfant.

L'utilisation généralisée du dossier médical partagé, proposé par l'assurance maladie par tous, pourrait être une solution facilitant la coordination hôpital-ville. Cela faciliterait le travail en réseau et la collaboration de tous les professionnels.

De ce fait, tous les professionnels concernés seraient informés des données médicales nécessaires à la prise en charge des patients. Cette dernière en serait améliorée.

La réticence de certains professionnels montre qu'il est nécessaire d'améliorer le DMP, qui permettrait de faciliter son utilisation et d'augmenter les adhésions.

3. Dans le post-partum

3.1. Développement du réseau périnatal

Lors des visites à domicile, les sages-femmes ont beaucoup d'éléments à évaluer. Soutenir l'allaitement maternel, lorsqu'il est parfois compliqué, peut contraindre les sages-femmes à négliger certains paramètres de surveillance.

Il serait intéressant de proposer la mise en place d'un **dispositif d'accompagnement systématique de l'allaitement maternel** par des personnes spécifiques pour assurer un suivi de qualité. Les sages-femmes consultantes en lactation pourraient réaliser cet accompagnement, en consultation au domicile des jeunes mères. Une consultation de lactation à mesure de deux fois par semaine lors du premier mois suivant la naissance de l'enfant serait intéressante. Les consultations seraient ensuite espacées en temps et s'adaptent aux besoins de la mère et de l'enfant.

En contrepartie, il est important de ne pas négliger la prise en charge des allaitements artificiels. Il est nécessaire d'informer les parents et de les conseiller.

En complément du suivi à domicile par une sage-femme, **le soutien par une infirmière ou une puéricultrice** serait intéressant.

Elle pourrait alors conseiller les parents autour des soins de puériculture que la sage-femme n'a pas forcément le temps d'aborder. Par ce travail, en collaboration avec la sage-femme, elle pourrait alors dépister des pathologies ou des situations vulnérables et l'en informer.

Des passages d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale permettrait d'aider la mère ou le couple pour les tâches domestiques. Ce dispositif est possible et pris en charge selon certains critères. Il serait intéressant de proposer des aides à domicile à l'ensemble des parents afin de les soutenir davantage dans ce nouveau rôle.

Les résultats des études énoncées devraient convaincre et admettre la mise en place d'une organisation afin de permettre aux professionnels **d'adopter le bilirubinomètre** dans la stratégie de dépistage des ictères néonataux lors du suivi des retours précoces à domicile.

Des **aides voire des locations de bilirubinomètre** permettraient aux sages-femmes libérales de s'équiper pour assurer le dépistage de l'ictère néonatal selon les recommandations nationales en vigueur.

3.2. Des documents permettant une meilleure coordination interprofessionnelle

Une fiche de liaison commune peut être proposée. L'HAS a proposé une fiche de liaison type (66). Cependant, au vu des éléments apportés par notre étude, nous pouvons en proposer une plus précise (Annexe V).

En contrepartie, et ce, pour favoriser la liaison hôpital-ville, il est important que les sages-femmes remplissent **la fiche de synthèse des suites de couches** afin de la retourner à l'établissement référent du couple mère-enfant (Annexe VI). De même, l'HAS a proposé une fiche de synthèse type. Nous en proposons une plus précise.

La **création de protocoles nationaux** sur les retours précoces à domicile permettrait une uniformisation des pratiques et une meilleure coordination des professionnels : que ce soit entre les professionnels de ville eux-mêmes, mais aussi entre les professionnels de ville, de l'hôpital et de la PMI. Définir précisément les compétences de chacun permettrait de même une meilleure organisation lors des suivis et lors de la nécessité de se conférer à un autre professionnel pour avis.

3.3. Développement de l'échange et de la communication entre les différents professionnels

La **collaboration des centres périnataux de proximité** avec les professionnels libéraux permettrait une prise en charge coordonnée des suites de couches des jeunes mères.

De même, afin d'assurer la communication hôpital-ville, il serait intéressant d'organiser des moments de rencontres :

- **Des réunions hebdomadaires** : ces réunions sont déjà organisées dans diverses maternités entre les équipes hospitalières et de PMI. Elles ont pour but d'informer les différents acteurs du suivi des difficultés rencontrées. Il serait intéressant que les diverses sages-femmes libérales concernées soient présentes. Ces réunions permettraient d'agir dans le but commun du bien-être de la mère et de l'enfant mais aussi d'assurer une prise en charge uniforme.

Par ailleurs, les sages-femmes libérales pourraient alors donner leur avis quant à l'accord de la sortie précoce ou non selon la situation rencontrée. Une discussion au cas par cas serait alors possible.

D'un autre côté, les sages-femmes libérales pourraient faire part des situations ayant nécessitées l'intervention d'un tiers ou de réhospitalisation. De plus, les équipes de maternité et les sages-femmes libérables pourraient énoncer directement les problèmes rencontrés et les points à améliorer dans le suivi, l'organisation des sorties ou des réhospitalisations.

- **Des évènements interprofessionnels** permettant la rencontre et l'échange dans un environnement différent de celui du travail : ceci privilégierait alors la rencontre, la communication interprofessionnelle et donc le travail en réseau.
- **Des réunions communes régulières** : ceci permettrait de discuter des pratiques de chacun afin de coordonner la prise en charge des patients.

L'organisation en amont des retours précoces à domicile est nécessaire et recommandée par l'HAS.

Ce sujet peut être abordé lors de diverses consultations avec le professionnel référent du suivi de la grossesse : lors de l'entretien prénatal précoce (entretien du 4^e mois) ou encore lors du bilan prénatal. Ces entretiens sont individuels et permettent un temps d'échange et de rencontre avec le professionnel pouvant assurer le suivi des suites de couches.

Lors de ces consultations, le séjour à la maternité peut alors être discuté. La mère ou le couple pourraient exprimer leurs souhaits, attentes ou questionnements. Ceci permettrait dans un premier temps d'organiser la sortie, mais aussi d'énoncer les conditions d'un retour précoce à domicile.

L'étude nous a montré qu'un certain nombre de sages-femmes souhaitaient que l'organisation des sorties précoces soit améliorée.

L'entretien prénatal précoce doit systématiquement être proposé. Or, en 2016, seulement 30% des femmes enceintes le réalisent (5).

Certaines femmes n'ont pas recours aux cours de préparation à la naissance, ni à l'entretien prénatal précoce.

Il conviendrait d'organiser **un moment d'échange spécifique en fin de grossesse**, permettant d'organiser le séjour en maternité et sa sortie. Cet entretien pourrait se combiner avec la dernière consultation de grossesse.

VI. Perspectives

Cette étude s'est intéressée aux pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace. Il serait dans un premier temps intéressant de s'attarder sur des sujets précis, tels que les pratiques autour de la vaccination, du dépistage de l'ictère néonatal ou encore du circuit de soins lors de réadmissions afin de pouvoir proposer des pistes d'améliorations précises et efficaces.

Interroger les mères et couples pourrait être intéressant, dans la mesure où cette population est la première concernée par ce sujet. L'écoute des patients est essentielle afin de proposer un suivi et un accompagnement répondant à leurs besoins.

CONCLUSION

D'après la HAS, la sécurisation du couple mère-enfant lors des sorties de maternités est au cœur des recommandations éditées en 2014.

Malgré cela, des manques et insuffisances persistent au sein du suivi du couple mère-enfant lors des retours précoces à domicile. Les sages-femmes sont des actrices de premières lignes et assurent par leurs compétences, la prise en charge de la dyade mère-enfant.

L'importance de l'intérêt porté au retour précoce à domicile est nécessaire. La durée de séjour en maternité tendant à se réduire, les retours précoces augmentent en nombre de manière inéluctable. Il s'agit alors de proposer une organisation fiable et réfléchie, permettant d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Notre étude nous a permis de recueillir les connaissances et les pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace concernant le retour précoce à domicile.

D'après les résultats de cette étude, la surveillance de la mère et du nourrisson est assurée par la majorité des sages-femmes libérales selon les recommandations en vigueur (53,60%).

Néanmoins, des disparités persistent au sein de ce suivi pouvant compromettre la sécurité de la jeune mère et de son bébé.

Les résultats suggèrent d'obtenir une meilleure connaissance des recommandations pouvant se faire via des formations dans le cadre du développement professionnel continu.

Une meilleure coordination entre les professionnels de ville et de l'hôpital est essentielle et assurerait une prise en charge adéquate et complète de la mère et de l'enfant lors des suites de couches.

Par ailleurs, une aide quant à l'achat de matériel tel que le bilirubinomètre, permettrait aux sages-femmes d'assurer un suivi de la dyade mère-enfant dans de meilleures conditions.

Le rôle des sages-femmes, et de tous autres professionnels de la périnatalité ou en contact avec les parents, est de leur proposer un suivi complet et adapté selon chaque couple mère-enfant dans le but d'assurer leur sécurité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morel M. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles). Société d'Histoire de la Naissance [en ligne]. Décembre 2007 - Mars 2008, N°61/62, [consulté le 01/04/19]. <http://societe-histoire-naissance.fr/>
2. Minkowski A. L'art de naître. Paris: Odile Jacob; 1987.
3. Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée. Paris: Editions de l'Atelier; 2004.
4. Premiers pas de l'assurance maladie. (page consultée le 20/10/8). Ameli, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/>
5. Enquête Nationale Périnatale 2016: les premiers résultats. (page consultée le 17/03/19). EPOPé INSERM, [en ligne]. <http://www.epopé-inserm.fr/>
6. Recours aux soins de santé - Durée de séjour à l'hôpital. (page consulté le 03/04/19). OCDE, [en ligne]. <https://data.oecd.org/fr/>
7. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour précoce à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Argumentaire scientifique. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: HAS ; 2014.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES ; 2004.
9. Vert P, David G. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine. Acad Med. 2010 Nov;194:1623-24.
10. Vert P, Arthuis M. La première semaine de la vie. Acad Med. 2005 Mai;189:1031-39.
11. Natalité. Fécondité. Tableaux de l'économie française. (page consulté le 10/03/20). Institut national de la statistique et des études économiques, [en ligne]. <https://www.insee.fr/>

12. Les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Edition 2016. (page consultée le 02/04/19). Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
13. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. (page consultée le 20/09/19). Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
14. République française. Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée. Journal Officiel, N°0183 du 10 août 2018 texte n°100.
15. Le bilan de prévention prénatal pour s'informer et se rassurer. (page consultée le 10/03/20). L'Assurance Maladie, [en ligne]. <https://www.ameli.fr/>
16. Le PRADO maternité. (page consultée le 26/04/19). Organisation nationale syndicale des sages-femmes, [en ligne]. <https://onssf.org/>
17. Les maternités en 2016, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. (page consultée le 05/04/19). Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
18. La démographie de la profession. (page consultée le 14/11/17). Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
19. République Française. Article L4151-1 relatif à la profession de sages-femmes. Les compétences générales des sages-femmes. Journal Officiel, N°0172 du 26 juillet 2019, texte n°3.
20. Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris: CASSF, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes; 2010.
21. Charrier P. Les sages-femmes en France: Rapport de recherche. Lyon: Université de Lyon, Centre Max Weber ; 2011.
22. Percheron A. Classes d'âge en question. Rev Fr Sci Polit. 1988;38:107-24.

23. La formation continue : le DPC. (page consultée le 24/04/20) Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
24. De Langre L. L'examen clinique des seins pendant la grossesse, quelle pratique par les sages-femmes ? Enquête auprès des sages-femmes de deux réseaux de santé périnataux du Nord-Pas-de-Calais [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme]. Lille: Université catholique de Lille; 2016.
25. Le droit de prescription. (page consultée le 13/03/30). Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
26. République française. Arrêté fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer, signée le 10 octobre 2016 et tacitement renouvelée. Journal Officiel, N°0244 du 19 octobre 2016 texte n°31.
27. Briend-godet V, Bigot J, Collin R, Coutherut J, Lefebvre M, Biron C. Perceptions, connaissances et pratiques de la vaccination par les sages-femmes libérales d'une région. Infection Med Maladies. 2018 Juin;48:136.
28. Cohen R, Gaudelus J, Denis F, Stahl J-P, Chevaillier O, Pujol P, et al. Pertussis vaccination coverage among French parents of infants after 10years of cocoon strategy. Médecine Mal Infect. 2016 Juin 1;46:188-93.
29. Regan AK, Hauck Y, Nicolaou L, Engelbrecht D, Butt J, Mak DB, et al. Midwives' knowledge, attitudes and learning needs regarding antenatal vaccination. Midwifery. 2018 Juil 1;62:199-204.
30. Dubé E, Vivion M, Valderrama A, Sauvageau C. Attitudes et croyances des sages-femmes québécoises sur la vaccination. Sante Publique. 2013 avr 4;25:35-43.
31. République française. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022. Journal Officiel n°0177 du 1 août 2019, texte n°14.
32. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. (page consultée le 29/04/20). Haute Autorité de Santé, [en ligne]. <https://www.has-sante.fr/>

33. Keren R, Tremont K, Luan X, Cnaan A. Visual assessment of jaundice in term and late preterm infants. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 2009 Sept 1;94:317-22.
34. Mishra S, Chawla D, Agarwal R, Deorari A, Paul V, Bhutani V. Transcutaneous bilirubinometry reduces the need for blood sampling in neonates with visible jaundice. *Acta Paediatr.* 2009 Déc 1;98:1916-9.
35. Bhutani VK, Gourley GR, Adler S, Kreamer B, Dalin C, Johnson LH. Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial predischarge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 2000 Août;106(2):1-9.
36. Maisels MJ, Engle WD, Wainer S, Jackson GL, McManus S, Artinian F. Transcutaneous bilirubin levels in an outpatient and office population. *J Perinat Med.* 2011;31:621-624.
37. Kosarat S, Khuwuthyakorn V. Accuracy of transcutaneous bilirubin measurement in term newborns. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* 2013 Févr 1;96:172-7.
38. Yasuda S, Itoh S, Isobe K, Yonetani M, Nakamura H, Nakamura M, et al. New transcutaneous jaundice device with two optical paths. *J Perinat Med.* 2003 Juin 1;31:81-8 .
39. Bilirubinomètre pour les sorties précoces: réflexion et position de l'ANSFL. (page consultée le 24/04/19). Association nationale des sages-femmes libérales, [en ligne]. <https://ansfl.org/>
40. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics.* Févr 2015;135:314-21.
41. Gleason S, Wilkin MK, Sallack L, Whaley SE, Martinez C, Paolicelli C. Breastfeeding Duration Is Associated With WIC Site-Level Breastfeeding Support Practices. *J Nutr Educ Behav.* 2020;000:1-8.

42. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002 Jul 22;(3):CD002958.
43. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. (page consultée le 19/05/20). Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
44. Lundi 4 juin 2018. Le nouveau-né: une mission de la sage-femme. (page consultée le 20/04/20). Collège National des Sages-femmes de France, [en ligne]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/>
45. Bloomfield L, Rogers C, Townsend J, Wolke D, Quist-Therson E. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs; an evaluation using video recordings. *J Med Screen.* 2003;10:176-80.
46. Midwifery in the Netherlands. (page consultée le 28/04/20). Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, [en ligne]. <https://www.europeanmidwives.com/>
47. République française. Circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. *Journal Officiel n°2005-8: Annonce n°26 Journal Officiel n°0177 du 1 août 2019, texte n°14.*
48. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D, le comité de pilotage. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête nationale 2007-2009, synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011.
49. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan "périnatalité" 2005-2007: humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: Ministère chargé de la santé; 2004.
50. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2013.

51. Christophe Lannelongue (Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est). *Projet régional de santé 2018-2028. Schéma régional de santé et programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies*. Nancy: Agence Régionale de Santé Grand Est; 2018.
52. Lansac J., Magnin G., Sentilhes L. *Obstétrique pour le praticien*. 6^e éd. Elsevier Masson; 2013.
53. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Håkansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr*. 2008;97(5):579-83.
54. Harron K, Gilbert R, Cromwell D, Oddie S, Meulen J van der. Newborn Length of Stay and Risk of Readmission. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017;31(3):221-32.
55. Daval L. *Organisation des sorties de maternité dans le cadre du déploiement des communautés périnatales [Mémoire de Master Santé publique et Environnement, parcours Périnatalité, Management et Pédagogie]*. Université de Bourgogne; 2019.
56. Centres PMI du Haut-Rhin. (page consultée le 29/04/20). AlloPMI, [en ligne]. <https://allopmi.fr/haut-rhin-68/>
57. République française. Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée. *Journal officiel n°0183_ du 10 août 2018_*, texte n°100.
58. Boubred F, Herlenius E, Andres V, des Robert C, Marchini G. Morbidité néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm et Marseille. *Arch Pédiatrie*. 2016 mars 1;23(3):234-40.
59. République française. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. *Journal Officiel n°0169 du 22 juillet 2016*, texte n°22.
60. Arnaud A, Valon-Szöts L. *Suivi de grossesse et organisation des acteurs. Retour d'expériences et enseignements*. Paris: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux; 2016.

61. Ostermeyer C. Évaluation de l'intégration des sages-femmes au sein du Réseau de Santé Périnatal Parisien. [Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme]. Paris: Université de Paris; 2018.
62. DMP : un an et 8 millions de patients ! (page consultée le 29/04/20). L'Assurance Maladie, [en ligne]. <https://assurance-maladie.ameli.fr/>
63. Informations Coronavirus COVID-19 (page consultée le 14/04/20). Gouvernement, [en ligne]. <https://www.gouvernement.fr/>
64. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et Monde. (page consultée le 14/04/20). Santé publique France, [en ligne]. <https://santepubliquefrance.fr/>
65. Maternité. (page consultée le 14/04/20). Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, [en ligne]. <http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Gynecologie-obstetrique/Maternite/>
66. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour précoce à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: HAS ; 2014.

ANNEXES

Situation 6

ASSURER UN SUIVI MERE-ENFANT DANS LES SUITES DE COUCHES JUSQU'A LA VISITE POST-NATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la mère et l'enfant**
 - en vérifiant l'identité de l'enfant
 - en organisant la consultation en fonction du rythme de l'enfant
 - en s'assurant que l'enfant est en état d'éveil calme avant de l'examiner
 - en s'assurant du confort de la mère
- **en réalisant l'anamnèse**
 - en reprenant le dossier et les résultats des examens réalisés
 - en recueillant le vécu de l'accouchement auprès de la mère
 - en évaluant le risque infectieux, hémorragique, thromboembolique
- **en pratiquant l'examen général de l'enfant**
 - en commençant par une observation générale
 - en renseignant le carnet de santé et/ou les feuilles de soins
 - Auscultation cardio-pulmonaire
 - Examen cutanéomuqueux
 - Examen des différents appareils et fonctions
 - Examen neurologique
 - en faisant participer la mère, en lui expliquant le déroulement de l'examen et en la rassurant
 - en repérant une situation pathologique ou une anomalie qui nécessite de l'adresser à un médecin
- **en pratiquant un examen général et gynéco-obstétrical de la mère**
...
- **en écoutant, questionnant et donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé**
- **en repérant les situations de vulnérabilité**
 - en évaluant le lien mère-enfant
 - en repérant des conduites de consommation à risque
- **en vérifiant la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel)**
 - en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications (crevasses, lymphangites, abcès...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge

- **en prescrivant les éventuels examens complémentaires**
- **en recherchant d'éventuels troubles périnéaux ou sphinctériens et en déterminant leur prise en charge**
- **en recueillant les souhaits de la femme en matière de contraception et en la prescrivant**

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en accompagnant le développement du lien mère-enfant**
 - en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels
 - en répondant aux questions de la mère et en lui donnant des règles d'hygiène et des conseils d'éducation à la santé
 - en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant
- **en assurant la transmission**
 - en complétant le carnet de santé de l'enfant
 - en renseignant le dossier médical de la mère

ANNEXE II – Questionnaire :

Bonjour à toutes et à tous.

Je m'appelle Chloé CELIMENDIZ et je suis actuellement étudiante sage-femme en 4^e année à l'école de Strasbourg. Je réalise mon mémoire de fin d'année d'études sur la sécurisation du couple mère-enfant dans le cadre du retour précoce à domicile. Avec la directrice de ce mémoire, Mme Sarah BARBARIA (sage-femme libérale) ; ainsi que la co-directrice, Mme Henriette WALTHER (sage-femme enseignante), nous souhaiterions connaître le positionnement des sages-femmes libérales d'Alsace face à ce sujet.

L'objectif de cette étude est d'élaborer un état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace, concernant le retour précoce à domicile.

Les données se basent sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Je souhaiterais vous faire participer à notre enquête en répondant au questionnaire ci-dessous.

L'anonymat de chacun(e) sera respecté. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès aux données.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir le questionnaire qui suit.

Merci de ne pas consulter les documents abordés dans ce questionnaire lorsque vous répondrez aux questions afin de ne pas biaiser les résultats. Je vous remercie par avance de votre participation et de l'aide apportée dans la réalisation de ce travail.

Temps estimé : 10 minutes.

Pour toutes questions ou remarques, vous pouvez me contacter à l'adresse e-mail suivante : chloe.celimendiz@etu.unistra.fr

PARTIE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1/ Vous êtes:

- un homme
- une femme

2/ En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat ?

3/ Depuis combien de temps exercez-vous en secteur libéral ?

4/ En cabinet, combien êtes-vous de sages-femmes à exercer (vous compris) ?

- Seul(e) Deux Plus de deux

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE RETOUR PRÉCOCE ET LES SUITES DE COUCHES À DOMICILE

5/ Dans le cadre de votre exercice libéral, prenez-vous en charge des couples mère-enfant (ME) sortant précocement de la maternité ?

- Oui
- Non

6/ Si non, pourquoi ? Ensuite, vous pouvez directement aller à la question n°27

7/ Selon vous, la définition d'un retour précoce à domicile pour un accouchement voie basse est une sortie (une seule réponse possible) :

- Au cours des 72 premières heures
- De 72 heures à 96 heures
- Entre J0 et J2 inclus

Et pour une césarienne (une seule réponse possible) :

Au cours des 96 premières heures

entre J0 et J4 inclus

8/ Combien de visites sont recommandées de façon systématique lors du retour précoce à domicile ? 1 2 3 > 3

9/ La première visite à domicile (VAD) est recommandée d'être réalisée dans les :

24 premières heures 48h Plus de 48h

10/ En moyenne, quelle est la durée de vos VAD ?

Moins de 30 min De 30min à 1h De 1h à 1h30 Plus de 1h30

11/ Généralement, au bout de combien de temps après la sortie précoce prenez-vous en charge le couple ME à domicile ?

Dans les 24 premières heures Dans les 24-48h > 48h

12/ Avec quel(s) professionnel(s) travaillez-vous pour votre pratique de suites de couches à domicile ?

	Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Gynécologue-obstétricien de la maternité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pédiatre de la maternité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pédiatre de ville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Service de PMI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistante sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Laborantin

Sage-femme

Autre(s):

13/ Lors de l'organisation des retours précoces à domicile, existe-t-il :

Toujours Régulièrement Rarement Jamais

Un professionnel référent de maternité

Un professionnel référent de suivi de
l'accompagnement postnatal de la mère
et/ou de l'enfant

14/ Le retour précoce à domicile est-il organisé en lien avec le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) ?

oui

non

Si oui, à quelle fréquence ? Toujours Régulièrement Rarement Jamais

15/ Trouvez-vous que votre suivi actuel est adapté pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Si non, que manque-t-il pour garantir une sécurité optimale ?

PARTIE 3 : CONCERNANT LA MÈRE

16/ Lors des visites, quels paramètres de surveillance recherchez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

	Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Prise de constantes (Tension artérielle, pouls et température)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluation de la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen des seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Globe utérin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saignements, lochies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cicatrice (épisiotomie, déchirures, césarienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes urinaires/digestifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen des membres inférieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres maux (céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, lombalgies)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre(s) :

17/ Lors des visites, quels sont les actes effectués et les thèmes abordés ? (Plusieurs réponses possibles)

	Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Accompagnement et information sur la contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etat et troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relation parents-enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Signes d'appel nécessitant une consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18/ Avez-vous déjà diagnostiqué une pathologie chez la mère lors des suites de couches ?

- oui
- non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

19/ Avez-vous déjà été confronté à une réhospitalisation ?

- oui
- non

Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

PARTIE 4 : CONCERNANT L'ENFANT

20/ Lors des visites, quels paramètres de surveillance recherchez-vous chez l'enfant ?

	Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Température	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveillance d'alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observation d'une tétée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urines et selles : fréquence et aspect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surveillance de la coloration cutanée dans le cadre de la prévention de l'apparition d'ictère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesure de la bilirubine transcutanée ou de la bilirubine sanguine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auscultation cardiaque et perception des pouls fémoraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tonus, éveil et contact	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen neuro-morphologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cicatrisation du cordon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supplémentation en vitamines D et en vitamines K (pour les allaitements maternels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre(s) :

21/ Lors des visites, quels sont les actes effectués ou les thèmes abordés ?

	Toujours	Régulièrement	Rarement	Jamais
Aide pour le bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Change	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soin du cordon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils pour l'allaitement artificiel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils pour l'allaitement maternel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils sur le comportement et le rythme de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseils de prévention sur la mort inattendue du nourrisson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Signes d'appel nécessitant une consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre(s):

22/ Avez-vous déjà diagnostiqué une pathologie chez l'enfant lors des suites de couches ?

- oui
- non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

23/ Avez-vous déjà été confronté à une réhospitalisation ?

- oui
- non

Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) ?

PARTIE 5 : TRANSMISSIONS

24/ Comment accédez-vous aux informations médicales de la patiente ? (plusieurs réponses possibles)

- Patiente suivie par vous-même pendant sa grossesse
- Photocopie du dossier médical transmis par la maternité
- Carnet de maternité ainsi que le carnet de santé de l'enfant
- Fiche de liaison
- Transmissions orales par la maternité

Autre(s) :

25/ Selon vous, ces transmissions sont-elles complètes pour garantir une prise en charge optimale ?

- Toujours Régulièrement Rarement Jamais

26/ Si rarement ou jamais, quelles informations manque-t-il souvent ?

- identité de la mère
- identité de l'enfant
- situation sociale
- groupe sanguin rhésus de la mère

- antécédents maternels
- déroulement de la grossesse
- terme
- mode d'accouchement
- déroulement des suites de couches à la maternité
- présence d'une suture ou non
- relation mère-enfant
- type d'alimentation
- pathologies néonatales
- paramètres du jour de la mère et de l'enfant
- poids et taille à la naissance de l'enfant
- Apgar à la naissance

Autre(s) :

PARTIE 6 : VOTRE OPINION

27/ Etes-vous favorable au retour précoce à domicile ?

- oui
- non

Pourquoi ?

28/ Commentaires

ANNEXE III – DECLARATION DE CONFORITE À UNE METHODOLOGIE DE REFERENCE (CNIL) :

CNIL

1 Place de Fontenay - 75314 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2001404 v 0

du 24 octobre 2016

Monsieur GAUTIER Christophe
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
1 PLACE DE L'HÔPITAL
67091 STRASBOURG CEDEX

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Service :

Adresse : 1 PLACE DE L'HÔPITAL

Code postal : 67091

Ville : STRASBOURG CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

266700574 00012

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 03 88 11 67 68

Fax. : 03 69 55 18 10

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 24 octobre 2016
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE IV – DEFINITION DU BAS RISQUE MATERNEL ET NEONATAL POUR UN RETOUR PRECOCE À DOMICILE

Tableau 1 : Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.) ; ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.
 *** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.
 NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

Tableau 2 : définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

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

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

ANNEXE V – FICHE DE LIAISON TYPE

FICHE DE LIAISON – RETOURS PRECOCE A DOMICILE

étiquette

Nom, prénom(s) de la patiente :

Adresse :

Date de naissance :

Tél :

Vit : seule en couple

Couverture sociale :

SS + mutuelle Sécurité sociale CMU AME Absence de couverture

Coordonnées du professionnel de santé assurant le suivi à domicile :

.....
.....

Personne de la maternité à contacter en cas de nécessité :

- Pour la mère :

.....

- Pour l'enfant :

.....

Suivi anténatal :

Sage-femme Médecin généraliste Gynécologue-obstétricien

Coordonnées :

.....
.....

ANTECEDENTS :

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Antécédents : Médicaux

Chirurgicaux

Gynécologiques

Obstétricaux

Sérologie (dates et résultats de la dernière sérologie) :

- Toxoplasmose :
- Rubéole :
- Syphilis :
- HIV :
- Hépatite B :
- Hépatite C :

GROSSESSE :

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :

Pathologie foétale (préciser) :

IMC avant la grossesse :

Prise de poids totale :

ACCOUCHEMENT :

Le : / / à : h Terme :

Travail : spontané déclenché dirigé

Si déclenché ou dirigé : indication et technique :

Anesthésie : aucune péridurale rachianesthésie anesthésie générale

Indication :

Particularités :

Voie basse Forceps/Ventouse/Césarienne pour :

Complications (préciser les cas échéant) :

de la délivrance d'anesthésie autre

Périnée : intact éraillures déchirure épisiotomie

Si déchirure, type :

Points à surveiller :

Déchirure simple/compliquée

Episiotomie

Périnée complet

Cicatrice de césarienne avec complication

Evolution des fils résorbables

Fils/agraves à retirer à J...

Hématome

Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant

autres (préciser) :

Etat psychologique :

	Inutile	Non souhaité	Fait	À faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom(s) : M F

Poids de naissance : poids le plus bas : date :

Taille :

Jumeaux, prénom(s) de J2 : M F

Poids de naissance : poids le plus bas : date :

Taille :

Apgar à la naissance :

Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson

Guthrie : Fait à faire (joindre buvard avec n° acct et enveloppe)

Dépistage de la surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

Alimentation Ictère Infection

Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE :

le / / à J...

Accompagnement(s) proposé(s) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Puéricultrice (PMI) | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste |
| <input type="checkbox"/> Technicien de l'intervention sociale et familiale | <input type="checkbox"/> Pédiatre |
| | <input type="checkbox"/> Soutien à l'allaitement (préciser) : |

Autre (préciser) :

Examen clinique maternel :

Etat général :

Etat obstétrical :

Seins et allaitement maternel :

Etat psychologique :

Examen pédiatrique :

.....
.....
.....

Poids de sortie du bébé :

Taux de bilirubine transcutanée (BTC) :

Recommandations particulières :

Relation mère-enfant :

Sortie autorisée par :

Signature et cachet de la maternité :

ANNEXE VI – FICHE DE SYNTHÈSE TYPE DU SUIVI DU POST-PARTUM IMMEDIAT

FICHE DE SYNTHÈSE - SUIVI DU POST-PARTUM IMMEDIAT
--

A l'attention du service de maternité

Nom et prénom de la patiente :

Nom et prénom de l'enfant :

Nom, prénom et tél du professionnel de santé :

Accompagnement du / / à J... au / / à J...

Nombre de visites :

EVALUATION MEDICALE (date : _____)

	Mère	Enfant
Examen clinique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller
Alimentation	<input type="checkbox"/> lait maternel <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/> préparation pour nourrisson Evolution : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> à surveiller	Courbe pondérale satisfaisante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Fils/agraves retirés le / / à J...	Guthrie fait le : / / à J...
Prescription	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avis	Au près de : Le : / / Pour :	Au près de : Le : / / Pour :
Réhospitalisations	Etablissement/Service : Le / / pour :	Etablissement/Service : Le / / pour :

Précisions utiles :

.....
.....
.....
.....

Particularités du déroulement du suivi :

- Pour la mère :
.....
.....
- Pour l'enfant :
.....
.....

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE :

Entourage familial : oui non

Intervention d'une TISF : oui non

Evaluation psychologique (baby-blues, relation mère-enfant...) :

.....
.....
.....
.....

Difficultés particulières :

.....
.....
.....
.....

Relais à d'autres professionnels en cours de suivi :

Noms :

Motifs :

Téléphone :

Date : / /

Signature du professionnel ayant accompagné le retour à domicile :

Résumé :

Objectifs : la durée du séjour à la maternité après un accouchement tend à se réduire au fur et à mesure des années. Des contraintes telles que l'organisation hospitalière, la demande des professionnelles et des patientes mais aussi les pratiques dans les autres pays amènent une amplification de ce phénomène en France. Cependant, la sécurité du couple mère-enfant est-elle assurée lors des retours précoces à domicile ? Ceci nous a amené à étudier et évaluer les pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace afin de déterminer si le retour précoce à domicile offre aux couples mère-enfant une sécurité adéquate lors des suites de couches. L'objectif secondaire était de déterminer si les professionnelles sont favorables au retour précoce à domicile.

Méthode : il s'agit d'une enquête quantitative de type transversale observationnelle descriptive. Cette étude a permis de recueillir les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales d'Alsace.

Résultats : il a été mis en évidence que les sages-femmes libérales connaissent de manière globale les recommandations. Elles sont favorables au retour précoce à domicile. Le groupe « confirmées » est celui ayant le plus haut taux de conformité (60,34%). Cependant, le travail en réseau, la prévention de l'ictère, l'information autour de la vaccination, le suivi de l'allaitement maternel et artificiel ainsi que l'organisation du retour précoce à domicile sont les points à améliorer qui ont été mis en exergue.

Conclusion : il a été mis en évidence une bonne pratique globale des sages-femmes libérales d'Alsace concernant le suivi de la mère et de l'enfant lors des retours précoces à domicile. Néanmoins, des aspects sont à améliorer pour assurer une sécurité complète de la mère et de l'enfant. Une organisation réfléchie et assurée des sorties précoces est nécessaire à l'échelle nationale pour garantir une sécurité optimale. La sensibilisation de tous les professionnels aux sorties précoces est nécessaire pour assurer la connaissance des recommandations. La création de protocoles nationaux permettrait d'uniformiser les pratiques professionnelles.

Mots clés : retour précoce à domicile – couple mère-enfant – sage-femme – sécurité – post-partum