



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité, par les
professionnels de santé libéraux.**

**Recherche qualitative sur le vécu des professionnels de santé libéraux
dans le Nord-Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 10 mai 2016 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Orphyre Fostier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick Truffert

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Laurent Storme

Monsieur le Professeur Alain Martinot

Madame le Docteur Marie Laure Charkaluk

Monsieur le Docteur Emmanuel Leclercq

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Philippe Wartel

Travail de la Faculté Libre de Médecine et de Maïeutique

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes Participants à la recherche médicale.
CS	Consultation Spécialiste
DU	Diplôme Universitaire
ENP	Enquête Nationale Périnatale
FMC	Formation Médicale Continue
FPE	Majoration examen obligatoire du nourrisson
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	La loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MBB	Majoration pour les examens obligatoires
M-CAD	Medium Chain acetyl – CoA deshydrogenase
MNO	Majoration du nourrisson
MNP	Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre.
NPEU	National Perinatal Unit
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé.
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRADO	Programme de Retour A Domicile
T2A	Tarifcation A l'Acte
Vill-Hop&Co	Projet Ville Hôpital et Coordination

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Matériels et méthodes	7
I. Le type de recherche.....	7
II. La population étudiée	7
III. La récupération et l'analyse des données.....	8
IV. La protection des données personnelles et la confidentialité	9
V. La bibliographie.....	9
Résultats	10
I. La présentation des participants.....	10
I.A. Les pédiatres.....	10
I.B. Les sages-femmes	11
I.C. Les médecins généralistes	12
II. Le suivi des sorties précoces de maternité par les professionnels de santé libéraux ...	13
II.A. Au domicile par la sage-femme.....	13
II.B. Au cabinet par le médecin généraliste ou le pédiatre.....	14
II.C. Le suivi jusqu'à la visite du 1er mois.	16
III. Expérience des professionnels de santé dans le suivi des nourrissons sortis précocement de maternité.....	17
III.A. La communication.	17
III.B. Le travail interdisciplinaire.	19
III.C. La formation des professionnels de santé.	21
III.D. L'expérience d'attachement.....	23
III.E. L'examen du 8ème jour.	24
III.F. Le sentiment d'exclusion des médecins généralistes de la périnatalité.	26
III.G. L'impression de perte du rôle de premier recours des médecins généralistes. ...	27
III.H. Le lecteur de bilirubinémie transcutanée.	28
III.I. Les dysfonctionnements dans les programmes de sorties précoces de maternité.....	29
III.J. La limitation des sages-femmes dans leur pratique.....	30
III.K. Le versant économique.	30
III.L. Les avis positifs sur les sorties précoces des différents professionnels de santé.....	31
Discussion	32
I. La discussion de la méthode	32
I.A. Les biais de l'étude.....	32
I.B. Les forces de l'étude	33
II. La discussion des résultats	34
II.A. Les points positifs du suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.....	34
II.B. Les points négatifs du suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.....	39
II.C. Les améliorations à apporter sur le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.	42
Conclusion	46
Références bibliographiques.....	48
Annexes.....	51

RESUME

La France fait partie des pays où les femmes restent le plus longtemps à la maternité après l'accouchement. Un programme de sortie précoce de maternité a été mis en place dans les années 1990 encadré par des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2004, puis de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014. L'objectif de l'étude est de connaître le mode de réalisation du suivi du nouveau-né lors du retour précoce à domicile et de comprendre le vécu des professionnels de santé libéraux qui y participent.

Il s'agit d'une étude qualitative, avec réalisation d'entretiens individuels et d'entretiens de groupe. Ils ont été menés selon un canevas semi-dirigé. Les participants inclus sont des professionnels de santé libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais : médecins généralistes, sages-femmes libérales et pédiatres. La saturation des données a été atteinte pour deux des groupes professionnels étudiés. L'analyse des données a été faite en codage ouvert avec la participation d'un deuxième chercheur.

Onze sages-femmes, onze médecins généralistes et deux pédiatres ont participé à cette étude. Le suivi des nouveau-nés sortis précocement de maternité observe les recommandations de l'HAS 2014. Les participants ont décrit des points positifs : ils apprécient réaliser ce suivi, ils essaient de réaliser l'expérience d'attachement avec les parents. Les participants ont déploré des points négatifs : les sages-femmes doivent s'équiper d'un lecteur de bilirubine transcutanée non rentable, les médecins généralistes se sentent exclus de la périnatalité et regrettent la perte de leur rôle de premier recours. Des améliorations ont été envisagées telles que la formation des professionnels de santé à la communication et au travail interdisciplinaire. Il semble que les professionnels travaillant le mieux en interdisciplinarité sont ceux qui ont créé leur propre réseau. Les rémunérations des professionnels de santé devraient leur permettre de rentabiliser leur outil de travail.

Les sorties précoces de maternité ont permis aux professionnels de santé libéraux de réaliser plus tôt le suivi de l'enfant sain. Les sages-femmes et les médecins sont motivés par la réalisation d'un suivi en activité libérale, pour cela la communication et l'apprentissage du travail pluridisciplinaire doivent être intégrés dans la formation des professionnels de santé.

INTRODUCTION

Contexte international

Le 2 janvier 2009, Rachida Dati, Garde des Sceaux, donne naissance à une petite fille. Elle sort cinq jours plus tard de la maternité et retourne au travail l'après-midi même pour un conseil des ministres. La presse française s'anime de cette reprise du travail précoce. Le 2 mai 2013, de l'autre côté de la Manche, Kate Middleton duchesse de Cambridge accouche d'une petite fille. Elle sort de la maternité onze heures plus tard. La presse britannique ne s'émeut pas.

Le Royaume-Uni a une durée moyenne de séjour en maternité de 2,4 jours pour les primipares et de 1,6 jours pour les multipares, 70 % des femmes sont satisfaites de cette durée de séjour. Pour accompagner le retour à domicile, 75 % des femmes reçoivent un livre explicatif sur le retour à domicile et la prise en charge de l'enfant les premiers mois de vie. Quatre-vingt dix huit pourcents des femmes reçoivent entre 3 et 4 visites de la part d'une sage-femme à domicile. Ces chiffres sont issus du rapport de la «National Perinatal Unit» (NPEU) en 2010 (1).

La Suède a une durée moyenne de séjour de 1 à 2 jours. Il existe trois sortes de prise en charge post-partum en Suède : une hospitalisation post-partum pour les patientes présentant des pathologies, un système d'hôtel médicalisé par des sages-femmes et un programme de sortie à domicile dans les 72 heures après la naissance. Le système de retour précoce dans les 72 heures est accompagné d'une visite au retour par une sage-femme le jour suivant la sortie et par un suivi téléphonique jusqu'au 5^{ème} jour par cette même sage-femme. Le 5^{ème} jour, la mère et l'enfant retournent à la maternité pour un examen clinique et la réalisation des tests de dépistage. La maternité reste responsable de la mère et de l'enfant jusqu'au 10^{ème} jour après la naissance, en cas de réhospitalisation du couple mère-enfant (2).

Aux Pays-Bas, le système comprend trois niveaux de prise en charge. Le premier est un système d'accouchement à domicile par une sage-femme accompagnée d'une aide de couche. Cette dernière apporte de l'aide à la parturiente jusqu'à 7 jours après l'accouchement. Le deuxième niveau s'adresse aux patientes ayant des antécédents médicaux, la grossesse est alors suivie par un obstétricien. Le troisième niveau, pour les femmes ayant eu des soucis médicaux pendant la

grossesse, le suivi est hospitalier et l'accouchement aura lieu dans un hôpital ayant un service de néonatalogie (2).

Au Canada, la durée de séjour après un accouchement est passée de 2,6 jours en 1995 à 2,2 jours en 2005 après un accouchement par voie basse, et de 5 à 3,9 jours par césarienne. Il existe un système de sortie précoce de maternité qui correspond à une sortie dans les 48 heures après un accouchement par voie basse, et 96 heures après une césarienne. Les sorties précoces au Québec sont encadrées par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux qui préconise un suivi post-natal à domicile. Une visite à domicile est réalisée par une infirmière puéricultrice dans les 72 heures après le retour à domicile. Un livre sur «bien vivre le retour à domicile» est donné aux parents. Ceux-ci doivent désigner le médecin qui sera chargé du suivi de l'enfant (2).

Autour du monde, la période périnatale est gérée de manière différente. Aux Etats-Unis dans les années 80, les enfants sortaient de maternité le jour de l'accouchement. Une résurgence de l'ictère a été observée, qui a nécessité la mise en place d'une loi fédérale obligeant les compagnies d'assurance à prendre en charge les soins jusqu'à 48 heures après l'accouchement par voie basse, et 96 heures après une césarienne (2).

Contexte français

En France, la moyenne des durées de séjour en maternité, selon l'ENP (Enquête Nationale Périnatale française) de 2010, est de 4 jours après un accouchement par voie basse et de 5,6 jours après une césarienne. La France fait partie des pays dans lesquels les femmes restent le plus longtemps à la maternité. De plus, d'après l'INSEE, en 2014, il y a eu 813000 naissances en France contre 773000 en 2000 (3). Pour exemple, la maternité Jeanne de Flandre a été construite en 1996 pour accueillir 4 200 naissances par an. En 2013, 5 598 enfants y sont nés (4).

Il existe différentes modalités de sortie de maternité après un accouchement : les sorties classiques sans accompagnement, les sorties avec accompagnement organisées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dite PRADO (Programme de Retour A Domicile) (5), les sorties anticipées et les sorties précoces.

Les sorties précoces de maternité ont été encadrées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en mars 2004 (6). Les recommandations ont été réécrites en mars 2014 par la HAS (Haute Autorité de Santé). De nouvelles recommandations ont été nécessaires :

- pour redéfinir la place de l'hospitalisation à domicile dans l'accouchement physiologique,
- pour intégrer le programme PRADO dans ces recommandations car ce programme a été généralisé en 2013,
- pour inclure les inquiétudes de l'Académie nationale de Médecine suite à son communiqué de 2011 sur la résurgence de l'ictère néonatal (7),
- pour y inclure le dépistage du déficit en MCAD (medium-chain acyl-CoA deshydrogenase) et celui de la surdité permanente néonatale,
- pour réfléchir en prenant en compte la diminution des lits de maternité suite à la fermeture des petites maternités,
- pour englober les changements dus à la tarification à l'acte (T2A), et enfin pour remédier au fait que les femmes françaises disent manquer d'accompagnement en sortie de maternité (8).

Le programme PRADO (5), géré par la CPAM, met en relation les coordinatrices de la CPAM avec les patientes et leur propose un accompagnement à domicile par la sage-femme de leur choix. Un forfait est établi sur la base de deux visites à domicile par la sage-femme pouvant aller jusqu'au 12^{ème} jour post-natal. Au 12^{ème} jour, la coordinatrice rappelle la patiente pour évaluer son degré de satisfaction. Le PRADO prend en charge des patientes primipares ou multipares, après un accouchement par voie basse ou une césarienne mais ne prend pas en charge les parturientes et les nouveau-nés sortis précocement de maternité.

Le 23 novembre 2010, l'Académie Nationale de médecine met en garde la communauté médicale. Il existe en France une résurgence de l'ictère nucléaire (7). Ce communiqué entraîne la création d'un groupe de surveillance au sein du Centre National de Référence en Hémodiologie Périnatale. En 2012, le Docteur Cortey publie un éditorial confirmant la résurgence de l'ictère nucléaire en France. En 2011-2012, cinq enfants ont été soignés pour un ictère nucléaire en Ile-de-France, pathologie qui entraîne des encéphalopathies majeures (9). L'étude de De Luca en 2009 (10), confirme que les sorties précoces nécessitent le dépistage d'une pathologie néonatale majeure : l'ictère néonatal.

La HAS en juin 2011 a recommandé le dépistage du déficit en MCAD, par l'inclusion de ce test dans le test métabolique déjà réalisé (11). En 2012, le dépistage de la surdité néonatale permanente est devenu obligatoire en France (12).

Les recommandations redéfinissent la sortie précoce de maternité. Cette dernière est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. Auparavant, l'ANAES les définissait comme une sortie de maternité entre J0 et J2 inclus pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne, J0 étant le jour de l'accouchement.

En 1997, les sorties précoces de maternité étaient évaluées à 3 % des accouchements en France, elles étaient de 7 % en 2002 (13). Ce type de sortie est proposé le plus souvent dans les maternités de niveau 3, par exemple en 2013 l'hôpital Jeanne de Flandre avait un taux de 11 % de sortie précoce (4).

Problématique

L'HAS a établi des recommandations pour la pratique (14) en mars 2014, sur l'organisation du suivi médical de l'enfant le premier mois de vie après une sortie précoce de maternité. Ces recommandations ont été réalisées par des praticiens hospitaliers et prennent peu en compte les difficultés pratiques des professionnels de santé libéraux, ce qui a été signalé en 2015 par le journal médical Prescrire (16). Les données chiffrées sur les sorties précoces et sur leur organisation en France depuis mars 2014 sont faibles. La démographie médicale dans le Nord-Pas-de-Calais est telle, que les pédiatres libéraux sont peu nombreux et que le suivi des enfants est réalisé par les sages-femmes libérales et les médecins généralistes. En conséquence : Quel est le mode de réalisation du suivi des enfants sortis précocement de maternité et quel est le vécu des professionnels de santé assurant le suivi de ces enfants ?

MATERIELS ET METHODES

I. Le type de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative recueillant des données subjectives. Elle s'est intéressée au ressenti des participants. La méthode qualitative a été adaptée (car elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer) et a recueilli des données verbales permettant une démarche interprétative. Concernant les sorties précoces de maternité, peu de données chiffrées étaient publiées.

II. La population étudiée

La population étudiée est constituée par les professionnels de santé libéraux : sages-femmes, médecins généralistes et pédiatres, réalisant le suivi de nouveau-nés pendant le premier mois de vie.

Les critères d'inclusion étaient d'être un professionnel de santé exerçant une activité libérale et assurant le suivi pédiatrique le premier mois de vie. Pour les sages-femmes, un critère d'inclusion a été introduit en cours d'étude : réaliser le suivi des sorties précoces de maternité.

Les professionnels inclus dans cette étude étaient sélectionnés sur leur profil et leur lieu d'exercice.

Le recrutement a été réalisé par téléphone, afin de vérifier les critères d'inclusion, puis un rendez-vous a été fixé pour un entretien avec l'investigatrice principale.

L'inclusion a eu lieu entre le mois de mars 2015 et le mois de décembre 2015.

III. La récupération et l'analyse des données

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens individuels et des entretiens de groupe appelés « focus group » ou groupe d'expression. (Les entretiens de groupe ont l'avantage d'être interactifs et de permettre l'apparition de nouvelles idées plus rapidement que lors d'un entretien individuel). Les entretiens individuels étaient réalisés en face à face et comportaient des questions ouvertes selon la méthode de l'entretien semi-directif. Un canevas d'entretien semi-structuré a été conçu et utilisé pour les quatre premiers entretiens (*cf. Annexe 1*). Il a ensuite été réadapté pour les entretiens suivants. Ils ont été effectués par l'investigatrice principale. Les entretiens de groupe étaient menés par un médiateur en suivant le même canevas d'entretien tandis que les données de communication non-verbale étaient retranscrites par l'investigatrice principale.

Ces différents entretiens ont été enregistrés au moyen de trois dictaphones, puis retranscrits en intégralité. La retranscription était renvoyée par courriel au participant qui donnait son accord pour l'analyse de l'entièreté ou d'une partie de l'entretien, afin de s'assurer que l'idée retranscrite correspondait à sa pensée, (ce qui renforçait la validité interne de l'étude).

Un questionnaire a été remis aux participants à la fin de l'entretien afin de pouvoir analyser la variabilité de l'échantillon. Les caractéristiques demandées étaient : l'âge, le nombre d'années d'exercice libéral, le lieu d'activité (rurale / semi rurale / citadine), la réalisation de diplômes complémentaires et le pourcentage de visites à domicile dans leur activité (*cf. annexe 2*).

Une analyse inductive des verbatim a été menée avec l'aide du logiciel Nvivo 11™, permettant d'isoler des groupes de sens. Pour trois entretiens, deux investigatrices réalisaient séparément un codage ouvert qu'elles mettaient en commun. Une analyse thématique des codes a ensuite été effectuée afin de rassembler les groupes de sens. Le recueil de données s'arrêtait lorsque la lecture du matériel ne permettait plus l'émergence de nouveaux groupes de sens, arrivant à la saturation des données. La saturation des données était recherchée pour deux groupes : les médecins généralistes et les sages-femmes. Deux entretiens sans apparition de nouvelle idée permettaient de dire que la saturation des données était atteinte.

IV. La protection des données personnelles et la confidentialité

Les noms des participants ont été anonymisés et certains passages de la retranscription n'étaient pas analysés pour protéger leur anonymat. Une table de correspondance d'identité a été conservée sur l'ordinateur personnel de l'investigatrice principale.

La recherche a été déclarée et a reçu un avis favorable par le Comité de Protection de Personnes participant à la recherche médicale (CPP), et par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (numéro de dossier 1873650) (*cf. annexe 4 et 5*).

V. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée sur la base de données Sudoc et Pubmed. Les mots-clés étaient : « sortie précoce de maternité, retour précoce à domicile, early post-partum discharge, earlydischarge, suivi néonatal, suivi nourrisson ». Les publications concernant le suivi de la mère et celles ne correspondant pas au thème de l'étude n'ont pas été analysées. La mise en page de la bibliographie a été réalisée avec l'aide du logiciel Zotero™.

RESULTATS

I. La présentation des participants

I.A. Les pédiatres

Deux entretiens individuels ont été réalisés avec des pédiatres, un homme et une femme, l'âge moyen était de 48 ans. Les entretiens duraient en moyenne 32 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des pédiatres

	Durée (minutes)	Age (ans)	Nombre d'années en exercice libéral	Lieu d'exercice	Pourcentage de visites	Diplômes complémentaires	Pseudo
	24'	52	19	Ville	0,00%	Non	PL1
	40'	44	12	Ville	0,00%	Oui	PL2
Moyenne	32'	48	15,5		0,00%		

I.B. Les sages-femmes

Quatre entretiens individuels et deux entretiens de groupe ont été réalisés avec des sages-femmes. Au total, 11 sages-femmes ont participé à cette étude. L'un des participants était un homme, l'âge moyen était de 35 ans, la durée d'installation moyenne était de 3 ans. Deux d'entre eux travaillaient à 100 % en visite à domicile. Les entretiens duraient 35 minutes en moyenne.

Tableau 2 : Caractéristiques des sages-femmes libérales.

n°	Durée	Age	Nombre d'années en exercice libéral	Lieu d'exercice	Pourcentage de visites (%)	Diplôme complémentaire	Type entretien	Pseudo
2	29'	27	3,5	ville	6,70 %	oui	EI	SFL1
5	22'	30	1,5	ville	30 %	oui	EI	SFL2
6	21'	39	4	ville	50 %	non	EI	SFL3
8	41'	60	7	ville	NS	oui	EI	SFL4
14	28'	40	3	ville	50 %	oui	EG	SFL9
		31	6	ville	40 %	non	EG	SFL10
		25	<1	Semi-rural	45 %	non	EG	SFL11
15	70'	61	3	ville	100 %	oui	EG	SFL5
		25	1	rural	40 %	non	EG	SFL8
		27	3	Semi-rural	100 %	oui	EG	SFL7
		28	4	ville	30 %	oui	EG	SFL6
Moyenne	35'21	35	3		49,17 %			

n° : numéro d'entretien – EG : entretien de groupe – EI : entretien individuel

I.C. Les médecins généralistes

Six entretiens individuels et un entretien de groupe ont été réalisés. Au total, onze médecins généralistes ont été interrogés dont cinq lors du focus. Cinq des participants étaient des femmes, l'âge moyen était de 45 ans, la durée d'exercice libéral moyenne était de 16 ans. Les entretiens duraient 42 minutes en moyenne.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins généralistes

n°	Durée	Age	Nombre d'année en exercice libéral	Lieu d'exercice	Pourcentage de visites	Diplôme complémentaire	Type entretien	Pseudo
4	29'	53	24	ville	15 %	oui	EI	MG1
9	50'	47	20	semi-rural	25 %	non	EI	MG2
10	30'47	33	6	semi-rural	1 %	oui	EI	MG3
11	37'32	43	15	ville	0 %	oui	EI	MG4
12	61'	56	26	ville	15 %	oui	EI	MG5
13	15'	58	25	semi-rural	5 %	oui	EI	MG6
16	75'	46	17	village	2 %	oui	EG	MG7
		31	2,5	ville	2 %	non	EG	MG8
		58	30	ville	2 %	non	EG	MG9
		33	6	ville	2 %	oui	EG	MG10
		37	10	ville	2 %	oui	EG	MG11
moyenne	42	45	16,5		6,45 %			

n° : numéro d'entretien – EG : entretien de groupe – EI : entretien individuel

II. Le suivi des sorties précoces de maternité par les professionnels de santé libéraux

II.A. Au domicile par la sage-femme.

Les enfants sont examinés le lendemain de leur retour à domicile par une sage-femme.

SFL3 : Je les vois dès le lendemain sauf le dimanche. Si elles sortent les samedis je n'y vais pas le dimanche mais je les vois dès le lundi matin.

Les sages-femmes passent au domicile pour l'examen de l'enfant et de la mère.

SFL9 : J'ai toujours fait à domicile, jamais fait au cabinet et les dames sont plus... elles sont fatiguées, elles préfèrent qu'on passe à la maison.

La visite au domicile dure longtemps, de quarante minutes à plus d'une heure.

SFL5 : En moyenne, si j'arrive à faire 40 minutes je suis contente. Souvent c'est plus une heure.

Selon les recommandations de la HAS 2014 (14), les professionnels de santé prenant en charge l'enfant en sortie précoce de maternité doivent contrôler, lors de la consultation, certains points importants de l'examen clinique de la mère et de l'enfant. Ces objectifs ont été repris ici et les verbatim des participants attestent que cette surveillance est rigoureuse.

Les professionnels de santé doivent dépister les pathologies néo-natales fréquemment responsables de réhospitalisation après la sortie (ictère, infection, cardiopathies ducto-dépendantes).

SFL10 : La prise de poids, l'examen cardio-pulmonaire, recherche d'un ictère, les pouls fémoraux, le tonus, les réflexes, l'alimentation, l'élimination.

Ils doivent s'assurer que l'alimentation est efficace ou que l'allaitement maternel est bien mis en place.

SFL7 : Comment mettre le bébé au sein, on examine à chaque visite on met au sein on regarde comment il tète.

Les sages-femmes doivent vérifier que les dépistages réglementaires ont été faits et réalisent le dépistage des maladies métaboliques ou test de Guthrie. Les autres dépistages doivent avoir été réalisés ou prévus.

SFL6 : Et on fait le test de Guthrie.

Elles veillent à l'instauration d'un lien mère enfant de bonne qualité.

SFL1 : Son contact avec sa maman...

II.B. Au cabinet par le médecin généraliste ou le pédiatre.

Le premier examen du nourrisson par un médecin après son retour à domicile a lieu entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour.

MG3 : Nous ici, on les voit très tôt, on les voit en général à 10 jours.

Le premier examen du nouveau-né par son médecin généraliste ou son pédiatre a lieu au cabinet du médecin.

MG11 : Je fais zéro visite avant deux ans.

C'est une consultation qui dure entre un quart d'heure et une heure selon les participants interrogés.

PL2 : En moyenne 40 min, entre 40 et 50 minutes.

Les objectifs de surveillance sont les mêmes que ceux énoncés précédemment lors de l'examen par les sages-femmes selon les recommandations HAS 2014.

Les médecins s'appliquent à détecter les pathologies néo-natales pouvant entraîner une réhospitalisation.

MG6 : J'ausculte son cœur et ses poumons.

MG2 : L'ictère, l'ictère la première chose.

MG3 : On fait un examen clinique complet.

MG6 : Je regarde les hanches.

MG2 : La croissance staturo-pondérale: est ce qu'il grossit bien?

Ils s'assurent que l'alimentation est correcte et que l'allaitement maternel se passe bien.

PL2 : Et puis l'allaitement, ça ça prend beaucoup de temps quand c'est un enfant allaité.

Ils vérifient que les tests de dépistages ont été réalisés et que leurs résultats soient connus.

PL1 : Vérifier que le Guthrie a bien été fait, mais normalement c'est systématique... bien sûr mais on sait jamais...

Ils veillent à l'instauration du lien mère-enfant, pour que celui-ci soit de bonne qualité.

MG4 : Essayer d'accompagner ce projet parental, parce que accompagner son enfant ça va les mettre sur une piste de lien parent-enfant qui vont créer des choses qui vont être durables. C'est ça qui est important.

II.C. Le suivi jusqu'à la visite du 1er mois.

Le suivi de l'enfant pendant son premier mois de vie, sera axé sur la surveillance de la croissance staturo-pondérale.

SFL7 : Donc je leur dis: «prenez rendez-vous une petite semaine après» pour repeser le bébé, pour l'examiner à nouveau.

Il y a plusieurs intervenants autour du nourrisson à ce moment-là : médecins libéraux, sages-femmes libérales et professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI). Ils travaillent en coordination pour permettre le suivi de l'enfant.

SFL5 : Moi ça m'arrive des fois, que la première semaine, après c'est avec le médecin généraliste et après c'est à nouveau avec moi. Donc avec moi, tout le temps avec moi ou alors que la première semaine et après le médecin, ou le médecin de PMI, ou le médecin traitant.

Les sages-femmes libérales arrêtent le suivi du nourrisson au 28^{ème} jour, car seule la période néonatale fait partie de leurs compétences.

SFL7 : On a des compétences qui se limitent pour l'enfant à 28 jours et après c'est le rôle du médecin de suivre le bébé.

Les sages-femmes peuvent suivre l'enfant plus longtemps, notamment pour le suivi de sa croissance staturo-pondérale.

SFL7 : Normalement en tant que sage-femme nous on est habilitée, à pouvoir suivre l'évolution staturo-pondérale d'un nourrisson tant qu'il est allaité, je crois que c'est dans nos compétences.

Certains médecins vont effectuer la vaccination anti-tuberculeuse pendant le premier mois de vie, si l'enfant entre dans la catégorie des sujets à risque.

MG8 : La population qu'on a rentre quasiment toujours dans les critères où c'est recommandé de faire le BCG.

III. Expérience des professionnels de santé dans le suivi des nourrissons sortis précocement de maternité.

III.A. La communication.

La communication avec les patients est parfois compliquée, car les différents professionnels de santé ne donnent pas les mêmes avis sur les mêmes situations en fonction de leurs compétences et de leur expérience.

MG11 : Et vraiment depuis quelques mois ça redevient compliqué, d'autant que ça me prend 3 fois plus de temps aussi, de leur expliquer que leur enfant est normal qu'ils peuvent tout arrêter.

La communication entre les professionnels de santé est également difficile. Certains outils sont utilisés comme les courriers de sortie de maternité, le carnet de santé, le téléphone, les feuilles de transmission, le moyen privilégié reste de poser des questions aux patients pour prendre connaissance de leur histoire médicale.

Le courrier de sortie de maternité est un outil efficace qui présente quelques écueils. Il est envoyé au médecin traitant de la mère et de l'enfant, mais n'est pas envoyé au pédiatre ni à la sage-femme.

Il arrive parfois en retard.

MG1 : Quand je reçois le courrier de sortie. C'est à dire plus d'un mois après.

Il manque parfois des éléments importants de l'histoire médicale.

MG11 : J'ai le courrier de sortie de l'hôpital une fois sur deux si elle est sortie à 9 grammes, c'est pas dedans.

Le carnet de santé de l'enfant est l'outil de communication de prédilection en pédiatrie, pour lequel les professionnels de santé sont enthousiastes.

MG3 : C'est un outil formidable, qu'on utilise beaucoup beaucoup beaucoup ici, les gens nous sortent forcément les cartes vitales plus le carnet de santé systématiquement.

Il est rempli par tous pour faire le lien entre les intervenants.

SFL10 : Moi je regarde aussi, ce qui a été noté par rapport à l'accouchement en fonction de ce que la dame m'a dit, des fois il y a des choses qu'elle n'a pas pensé à me dire.

Il arrive qu'il soit peu rempli et que certains éléments n'aient pas été retranscrits.

MG4 : Quand vous regardez le carnet de santé, y a rien. Et quand vous posez la question à la dame « ça a été l'accouchement? » « Ah non ils s'y sont mis à deux, ils ont appuyé sur mon ventre ça a été dur »... C'est vraiment là aussi des histoires de chasse.

Chez les médecins généralistes il n'est pas toujours présenté.

MG1 : C'est pas négligeable ça, le pourcentage de non-présentation de carnet.

Le téléphone est un outil de communication utilisé par les différents intervenants dans des situations d'inquiétude ou d'urgence.

SFL6 : Ça m'est déjà arrivé d'appeler le médecin généraliste, parce que j'étais un petit peu inquiète.

Dans le cadre des sorties précoces de maternité, des feuilles de transmission sont remises par la maternité à la sage-femme qui les remplit et les retourne à la maternité. Le médecin qui suivra l'enfant par la suite n'a aucun renseignement sur cette feuille.

SFL3 : C'est particulier, en fait ils font des feuilles de transmission.

Le plus souvent les professionnels s'aident des informations transmises par les patientes pour comprendre comment se sont déroulés la grossesse et l'accouchement.

MG6 : Je pose des questions aussi sur la façon dont s'est déroulé l'accouchement, aussi bien pour la maman que pour le bébé, s'il y a eu une réanimation.

III.B. Le travail interdisciplinaire.

Le travail en interdisciplinarité et en collaboration est nécessaire dans le suivi du nouveau-né le premier mois de vie.

MG2 : Avec la raréfaction des médecins, on sera obligé de travailler en collaboration. Apprendre à travailler en collaboration, l'accepter en tout cas.

Les relations entre les différents intervenants lors de la sortie précoce de maternité sont complexes. Deux examens cliniques peuvent être réalisés par deux professionnels de santé différents le même jour.

SFL3 : Je trouve ça un peu ... faire des doublons ... j'arrive et je croise le médecin traitant.

Certains médecins généralistes ont l'impression que les sages-femmes prennent leur place dans le suivi de l'enfant.

MG6 : Alors maintenant il y a aussi pas mal de sages-femmes libérales qui prennent les choses en mains et donc on est un petit peu, nous médecins généralistes squeezés, si je puis dire.

Certains médecins disent ne pas avoir confiance dans le travail réalisé par la sage-femme.

MG7 : Moi, elles, j'ai pas l'impression qu'elles empiètent dans cette histoire des 8 jours, ça ne me dérangerait pas si j'étais certaine que le travail soit bien fait.

Certaines sages-femmes disent ne plus assurer le suivi du nourrisson après son passage chez le médecin généraliste.

SFL9 : Souvent en maternité, on leur donne l'info d'aller voir leur médecin traitant, nous on est un peu squeezées à ce moment-là.

Certains médecins généralistes, prétendent que la sage-femme n'a pas de compétence en pathologie pédiatrique.

MG11 : Maintenant ils arrivent, s'ils ont toussé trois fois la sage-femme elle leur a donné de l'homéopathie... Mais dans ma pratique ça commence vraiment à me poser de gros soucis...

Certains pédiatres hospitaliers étaient réticents à la mise en place des retours précoces à domicile.

SFL5 : Il y a eu une grosse réticence de la part de certains pédiatres, moi dans la maternité où j'ai travaillé pas du tout. Et ils se sont aperçus très vite qu'il y avait pas plus de retour du bébé, de ré-hospitalisation, que les sages-femmes hésitaient pas à appeler, parce qu'on appelle quand on a besoin.

Les sages-femmes n'ont pas les mêmes compétences que les médecins en pédiatrie.

SFL1 : Je ne me substitue absolument pas à un médecin généraliste ou à un pédiatre, qui connaît vachement plus que moi.

Il existe une méconnaissance des compétences des différents professionnels de santé les uns envers les autres. De plus, les compétences des sages-femmes ont beaucoup évolué ces dernières années.

SFL7 : Je pense que ceux qui connaissent notre profession ont de l'estime pour nous. Ceux qui ne connaissent pas notre profession, ils ne savent pas du tout ce qu'on fait.

Certains professionnels de santé s'accordent à dire que leurs compétences se complètent.

SFL5 : Oui c'est ça mais sinon...C'est peut être dommage mais c'est vrai qu'on a chacun notre rôle qu'on se complète tous.

Devant ces méconnaissances des compétences et cette remise en cause de la qualité du travail effectué par les autres intervenants, on comprend que la collaboration interdisciplinaire soit un exercice complexe.

SFL10 : C'est peut être justement parce qu'on est dans un cabinet pluridisciplinaire qu'on le dit, parce qu'on se rend compte vraiment que c'est plus compliqué qu'il n'y paraît.

Le travail interdisciplinaire en collaboration est parfois réalisé avec succès.

SFL7 : J'ai appelé une pédiatre qui est devenue une de mes interlocutrices. Et elle a vu tout de suite le bébé dans le quartier.

III.C. La formation des professionnels de santé.

La formation initiale des professionnels de santé a été réformée. Les sages-femmes et les médecins ont une première année d'étude commune.

SFL5 : Oui effectivement comme tu dis ça évolue vachement avec les nouvelles générations ne serait-ce que parce que je suis quand même issue aussi du passage par la P1.

Certaines facultés de médecine ont intégré les écoles de sages-femmes, les étudiants en médecine et en maïeutique ont des cours communs.

SFL5 : Je pense aussi que maintenant que l'école est dans la faculté c'est bien.

Les sages-femmes libérales regrettaient d'avoir reçu peu de formation en pédiatrie lors de leur cursus.

SFL1 : Car dans ma formation initiale on en parle vraiment très peu.

Elles expliquaient ce manque de formation par le choix des programmes de former des sages-femmes hospitalières et non des sages-femmes libérales.

SFL1 : Être sage-femme libérale c'est quand même pas un pourcentage énorme sur la population des sages-femmes donc du coup on n'est pas hyper formée là-dessus.

Lorsque les sages-femmes signent une convention avec les établissements pour réaliser les sorties précoces de maternité, les structures de soins exigent des sages-femmes qu'elles réalisent une formation en pédiatrie.

SFL4 : Nous, on est repartie faire une formation à Jeanne avec un pédiatre.

Les études des médecins ont également été modifiées et certaines facultés imposent aux étudiants de réaliser un stage en service de pédiatrie pendant leur externat.

PL1 : Même en temps qu'externe vous devez y passer aussi.

La maquette de réalisation du diplôme d'étude spécialisé en médecine générale impose 3 mois de stage en pédiatrie. Les médecins généralistes à la sortie de leur internat ne se sentent pas toujours aptes à accompagner un allaitement maternel.

MG8 : Moi pour l'instant à mon petit niveau je me sens pas à l'aise pour l'instant, pour conseiller les mamans, je sens que j'ai besoin de me former. Si je voulais accompagner des mamans dans l'allaitement.

Les professionnels de santé mettent en avant des formes variées d'actualisation de leurs connaissances.

Parfois, les professionnels ne sont pas informés de changements et se forment en fonction des situations cliniques qu'ils rencontrent.

MG9 : Tu découvriras l'apprentissage grand bain et sans séniorisation.

Les professionnels de santé se forment par le biais des réseaux de périnatalité ou par les échanges avec leurs confrères.

SFL5 : Je suis membre, principalement uniquement du réseau Ombrel... via un mailing où ils organisent des formations et puis des rendez-vous et des... différentes activités qui sont en lien avec ce réseau Ombrel.

Certains professionnels de santé reçoivent la visite médicale des laboratoires médicaux pour mettre à jour leurs connaissances.

MG5 : On ne me présente pas les nouveaux laits et tout ça les laboratoires ne viennent pas me les présenter.

D'autres deviennent Maîtres de stage universitaire, ils reçoivent des étudiants en stage ce qui leur permet d'actualiser leurs connaissances médicales et également de participer à des travaux de recherche.

MG1 : J'ai assisté à la thèse de Gaëlle le mauvais remplissage des carnets de santé par le médecin généraliste.

Certains ont réalisé des formations universitaires, attestation ou diplôme universitaire.

MG4 : On est identifié ressource allaitement, parce que moi j'ai un DU de lactation et on a travaillé avec une consultante en lactation ici.

D'autres encore se forment par la lecture de livres spécialisés.

SFL4 : Lire un livre sur la plagiocéphalie.

III.D. L'expérience d'attachement.

La consultation des parents et de leur nouveau-né permet de créer une relation particulière entre le praticien et la famille.

Les médecins généralistes se sentent les interlocuteurs privilégiés dans cette relation car ils connaissent souvent déjà la famille.

MG1 : Les gens qui viennent nous voir, surtout pour des nouveau-nés comme ça, c'est quand même qu'on connaît déjà la famille.

Les professionnels de santé décrivent le fait que les parents testent le praticien qu'ils ont en face d'eux pour savoir s'il sera digne ou non de réaliser le suivi de leur enfant.

MG2 : C'est là où également la maman nous regarde examiner l'enfant, et c'est là où elle va définir si oui ou non elle va nous attribuer la confiance pour soigner son enfant.

Ils essaient de réaliser l'expérience d'attachement, en assurant les parents de leur disponibilité, leur accessibilité, ce qui permet la réassurance des parents.

MG4 : C'est ça une expérience d'attachement : c'est de se dire s'il y a un problème on peut l'appeler lui laisser un message on sait qu'il va rappeler. Et on sait qu'on peut lui demander un truc c'est ça le gage de la première consultation c'est de se dire « voilà on ne les laisse pas dans le brin il faut qu'ils puissent appeler en cas de soucis en cas de doute » que sur cette consultation là, vous ayez créé suffisamment de confiance, pour qu'ils puissent vous solliciter en cas de besoin.

Les sages-femmes réalisent aussi l'expérience d'attachement avec leur patiente. Ce qui rend ensuite difficile le relais avec les médecins.

SFL5 : C'est vrai que moi, je me rends compte de ... quand tout va bien on fait la deuxième visite et tout va bien, je demande toujours qui va faire le suivi après... « bah vous venez pas, je viens d'arriver, j'ai pas de médecin traitant ».

III.E. L'examen du 8^{ème} jour.

Les sorties précoces ont permis d'insister sur l'importance de la réalisation de l'examen du 8^{ème} jour.

Les maternités expliquent aux parents qu'un examen doit être réalisé lors de la première semaine de vie par un médecin.

PL2 : Ils me retranscrivent qu'ils doivent venir rapidement me voir qu'on leur a conseillé dans la première semaine, parfois pas du tout. Pour l'instant ça n'a pas l'air standardisé.

L'examen du 8^{ème} jour donne lieu à la réalisation du certificat du 8^{ème} jour qui doit être envoyé par la suite au service de la protection maternelle et infantile.

L'examen du 8^{ème} jour n'est pas souvent réalisé.

SFL1 : Moi en tant que sage-femme, j'observe qu'il n'y a pas beaucoup de mamans qui font l'examen du 8^{ème} jour chez leur médecin.

Certaines sages-femmes décalent la consultation chez le médecin d'une semaine, ce qui ne permet plus la réalisation du certificat.

SFL3 : On dit aux femmes d'aller voir leur médecin traitant dans les 8 jours, moi quand je passe, je leur dis : « ça sert à rien de faire doublon si tout va bien, vous irez la semaine d'après ».

Même lorsqu'il a été réalisé, certaines fois, le certificat n'a pas été envoyé.

SFL5 : Ouais quand il est pas oublié et qu'on le retrouve dans le carnet de santé.

Seuls les médecins peuvent réaliser ce certificat, mais certaines sages-femmes se sentent prêtes à le réaliser.

SFL10 : Qui devrait? La sage-femme! Mais là en général elles vont quand même voir le médecin traitant ou les pédiatres. Enfin sauf si on est passé à ce moment-là.

Les expériences des médecins sont différentes. Certains médecins n'ont jamais réalisé de certificat du 8^{ème} jour en raison de leur type de patientèle et leur lieu d'activité.

MG9 : Je n'ai jamais, jamais fait un certificat du 8^{ème} jour.

Certains pédiatres libéraux regrettent de ne pas pouvoir réaliser tous les examens du 8ème jour et que ceux-ci soient réalisés par les médecins généralistes.

PL2 : On va le voir en deuxième, on aura du coup un peu tout raté, parce que si on a une spécificité elle vient précocement.

Les visites des sages-femmes la première semaine avant l'examen du 8ème jour sont appréciées car les médecins ont des difficultés de disponibilité qui ne leur permettent pas de réaliser des consultations avant le 8^{ème} jour.

MG7 : De toute façon, je ne saurais pas les mettre avant dans mon emploi du temps, c'est bien d'avoir 8 jours pour pouvoir anticiper.

Les médecins jugent positivement que cet examen ait été décalé, car en maternité il était fait vers le 3^{ème} ou le 4^{ème} jour. Cela leur paraît plus sécurisant pour le suivi de l'enfant.

PL1 : Parce que à J3 tu peux, tu vas peut être pas entendre le souffle qui va apparaître.

III.F. Le sentiment d'exclusion des médecins généralistes de la périnatalité.

Les médecins généralistes ne sont pas toujours au courant du mode de sortie de leurs patientes et de ce que cela implique. Ils se sentent exclus de la périnatalité.

MG11 : J'ai pas l'impression qu'on soit jeté dans le bain, j'ai l'impression qu'on est exclu en fait.

Certains médecins généralistes interrogés avaient arrêté leur activité pédiatrique car ils ne se sentaient plus aptes à la réaliser.

MG5 : Je me souviens d'avoir été ultra branché ... dès que j'ai lâché prise après ça ne nous intéresse plus vraiment et après les informations qu'on donne aux patients sont plus vraiment scientifiques, plus très bien.

Lors de l'étude, les médecins confondaient fréquemment les sorties précoces de maternité avec le programme PRADO.

MG11 : Et anticipée alors quelle différence? Entre PRADO, précoce et anticipée, moi je veux bien que tu m'éclaires.

Les médecins regrettaient que les maternités ne les informent pas lors du retour à domicile précoce de leurs patients.

MG10 : Effectivement, une sortie précoce les sages-femmes vont être appelées, puisqu'elles doivent se déplacer à domicile, par contre, on va pas du tout prévenir le médecin qu'il y a une sortie précoce.

Les maternités réalisant des sorties précoces remettent aux patientes une liste de médecins pouvant réaliser le suivi de l'enfant, ce que les médecins leur reprochent car peu d'entre eux ont été contactés pour figurer dans ces listes.

MG11 : Et ce fait, effectivement que j'ai appris qu'il y a trois mois, que Jeanne de Flandre recommandait d'aller voir une liste de médecins.

Les médecins non référencés sur ces listes reçoivent dans leur cabinet les enfants plus tard qu'auparavant.

MG6 : Souvent dans la semaine qui suit la sortie, mais c'est pas systématique maintenant qu'il y a les sages-femmes libérales c'est plus systématique.

III.G. L'impression de perte du rôle de premier recours des médecins généralistes.

Les médecins généralistes se voient comme des professionnels de santé de premier recours. Ils réalisent la coordination du parcours de soin de leurs patients. Les sorties précoces leur donnent le sentiment de perdre ce statut.

MG1 : Moi, je pense toujours que ça doit être nous la plaque tournante et que c'est à nous à organiser le parcours de soin et pas à la sécu, pas les spé...

Cependant, avec les programmes de périnatalité le médecin traitant devient un professionnel de second recours.

Il voit l'enfant après le pédiatre.

PL1 : Des fois on peut pas programmer donc je leur dis : « Allez chez votre généraliste ».

Il examine l'enfant adressé par la sage-femme, en cas de pathologie.

MG10 : Pour moi, y a pas forcément de soucis à ce qu'il y ait des sorties précoces avec la sage-femme qui passe à la maison, si effectivement elle est capable de dire : « Là, y a un souci, j'appelle le médecin ».

Il prend le relais de la sage-femme après le 28^{ème} jour.

SFL7 : C'est souvent le médecin généraliste qui prend le relais.

III.H. Le lecteur de bilirubinémie transcutanée.

Pour la réalisation du suivi des sorties précoces de maternité, les sages-femmes doivent s'équiper du lecteur de bilirubinémie transcutanée appelé également bilirubinomètre, biliflash ou bilicheck.

PL2 : Nous ne sommes pas équipés d'un bilirubinomètre ici... les sages-femmes le sont, donc en général l'alerte elle est donnée par elles.

Les sages-femmes trouvent cet instrument pratique.

SFL2 : Je trouve que c'est quand même pratique parce que des fois on se pose des questions et ça évite de faire retourner les mamans à la maternité.

Il existe de nombreuses difficultés pour s'équiper de cet outil. C'est un investissement onéreux et qui n'est pas rentable.

SFL4 : J'ai déjà dû acheter le bili' qui coûte une fortune, ça va bien. Non moi je ne le rentabiliserai jamais parce que moi je vais travailler encore quelques années c'est tout, c'est sûr que je n'arriverai pas à le rentabiliser... Mais les sorties précoces on n'en fait pas assez pour le rentabiliser... Ça coûte... j'ai payé 7000 euros.

La réalisation du test n'est pas cotée dans les actes de la nomenclature générale des actes professionnels.

MG10 : Ça je comprends pas ça, je trouve que ça devrait être un acte cotable par les sages-femmes, parce que c'est un gros problème pour elles d'investir dans quelque chose de non coté.

III.I. Les dysfonctionnements dans les programmes de sorties précoces de maternité.

Les participants à l'étude ont noté des anomalies dans les prises en charge des retours précoces à domicile.

Pour le moment, les prises en charge ne sont pas uniformisées dans les différentes maternités.

SFL8 : La prise en charge n'est pas forcément uniformisée entre les maternités... On arrive quelque fois à la maison avec rien.

Il arrive que les critères bio-psycho-sociaux de bas risque pour la mère et l'enfant ne soient pas respectés.

SFL4 : Pour faire une sortie précoce, il faut être aidé du conjoint. Si on n'est pas aidée du conjoint et ... c'est dur!

Les acteurs hospitaliers semblent avoir pris confiance dans les professionnels libéraux référents du suivi et sont moins exigeants.

SFL9 : Et en fait ils ont pris l'habitude de travailler avec nous et ils laissent parfois sortir des situations un petit peu limite sur des reprises de poids ... donc ce qu'on n'avait pas forcément au tout début, lorsque les sorties précoces se sont mises en place.

Certaines recommandations issues des bonnes pratiques recommandées par la HAS sont inapplicables.

SFL5 : Normalement, dans les recommandations, il devrait y avoir une discussion préalable avec la sage-femme avant l'accouchement.

Certaines patientes se sentent poussées à sortir précocement alors qu'elles ne sont pas prêtes.

MG10 : Je suppose qu'elles ont quand même le choix, mais dans l'histoire quand elles racontent elles ont été fort poussées quand même.

MG7 : J'ai l'impression que de toutes les façons les mamans sont fortement incitées à être sorties et que ça n'est pas un choix tout à fait.

MG11 : Il faut taper du poing sur la table pour refuser ce que tu as le droit de faire.

III.J. La limitation des sages-femmes dans leur pratique.

Les sages-femmes regrettent la limitation de leur droit de prescription.

SFL5 : La difficulté aussi c'est la restriction malgré tout... le côté flou malgré tout de nos droits de prescription.

III.K. Le versant économique.

Les sorties précoces de maternité ont un intérêt économique pour la société.

SFL5 : Oui ça coûte moins cher !

Les professionnels trouvent cette activité peu rémunérée face au temps et à l'investissement dépensés.

MG1 : Mais bon c'est intéressant ? Mais très peu valorisé.

Les cotations par les médecins généralistes et les pédiatres ne seront pas les mêmes.

PL1 : Là moi je vais demander 38 euros, je crois que le médecin généraliste peut demander 33 euros

Les sages-femmes libérales ont des difficultés à accroître leur patientèle et à se faire connaître des maternités.

SFL1 : C'est difficile de faire son trou avec Saint Vincent, Jeanne de Flandre, la clinique du Bois qui travaillent eux depuis 10 ans avec plein de sages-femmes libérales installées.

III.L. Les avis positifs sur les sorties précoces des différents professionnels de santé.

Les médecins apprécient l'idée de faire sortir précocement des enfants ne présentant aucune pathologie particulière.

MG10 : Ils sont restés à l'hôpital. Ceux qui sont sortis c'est qu'ils vont bien.

La réalisation des sorties précoces par les maternités a permis aux médecins libéraux de réaliser les examens du 8^{ème} jour et de pouvoir prendre en charge l'enfant plus tôt.

PL2 : Donc c'est un avantage de les voir plus tôt et finalement c'est l'impulsion des changements en maternité qui nous ont fait aussi bouger. Donc moi je dirais en moyenne 8 – 10 jours après.

La consultation de sortie de maternité est un exercice apprécié :
des médecins,

MG2 : C'est vachement riche une consultation de sortie de mater' on a plein de choses à dire et nous médecin c'est un des moments où on est vraiment heureux.

des sages-femmes,

SFL7 : On fait des belles rencontres.

SFL8 : Oui aussi.

SFL7 : Dans tous les milieux sociaux.

Et des patientes.

SFL10 : Elles donnent leur accord pour sortir, donc elles se sentent prêtes en général à rentrer à la maison. Dans la mesure où, nous on passe les voir, en général ça se passe bien.

DISCUSSION

I. La discussion de la méthode

I.A. Les biais de l'étude

- Les biais liés au recrutement

Une partie des participants a été recrutée par le réseau personnel de l'investigatrice principale. Les participants recrutés étaient tous intéressés par le sujet et ont libéré le temps nécessaire à l'entretien, ce qui peut constituer un biais de sélection.

- Les biais liés aux entretiens

Les premiers entretiens étaient de moins bonne qualité, car l'entretien semi-structuré dépend de la manière dont l'entretien a été dirigé par l'investigatrice. Le guide d'entretien a évolué au fil des entretiens grâce à l'émergence de nouvelles idées.

- Les biais liés au recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés par trois enregistreurs distincts, ce qui a pu limiter les participants dans leurs réponses. Les entretiens duraient en moyenne trente et une minutes car les idées nouvelles émergeaient après la mise en confiance du participant.

- L'affinement des critères d'inclusion en cours d'étude

La réalisation d'un premier entretien avec une sage-femme libérale a permis de mettre en évidence le fait que toutes les sages-femmes ne réalisaient pas le suivi de patients sortis précocement de maternité ce qui a amené à ajouter un critère d'inclusion.

I.B. Les forces de l'étude

- La méthode qualitative

La recherche qualitative permet l'exploration de données subjectives, donc difficiles à mesurer, ainsi que la mise en évidence de nouvelles idées parfois à contre-courant du chemin de pensée actuel.

- Les critères de scientificité

Le recueil des données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments, c'est la saturation des données. Elle a été recherchée et obtenue comme cela avait été prévu dans la méthode de l'étude.

Après retranscription des entretiens, les participants recevaient le texte de l'entretien et pouvaient retirer des éléments qui ne traduisaient pas leur pensée, ce qui a permis d'augmenter la validité interne de l'étude. La retranscription et le codage de l'entretien ont été réalisés dans la suite de la retranscription et après accord des participants.

L'analyse des résultats a été faite par deux investigatrices ce qui a permis un recoupement des données.

Le recrutement a été effectué en partie grâce à l'annuaire téléphonique pour permettre la diversité des intervenants. Les participants avaient des profils variés dans leur type d'exercice, leur durée d'installation et localité d'installation. Les entretiens étaient réalisés dans des lieux neutres pour les entretiens de groupe ou au cabinet des participants pour les entretiens individuels ce qui permettait aux participants d'être en confiance plus rapidement.

Pour éviter les biais de jugement, l'investigatrice principale se présentait aux sages-femmes comme étudiante en fin de cursus, aux pédiatres comme interne et aux médecins généralistes comme interne de médecine générale.

Les entretiens de groupe étaient réalisés entre professionnels de la même catégorie professionnelle de manière à éviter le biais d'experts c'est-à-dire l'émergence d'une personnalité qui est la seule à émettre son opinion.

II. La discussion des résultats

II.A. Les points positifs du suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.

II.A.1. Le suivi des sorties précoces de maternité par les professionnels de santé libéraux.

La HAS a établi de nouvelles recommandations sur les sorties précoces de maternité en mars 2014. Cette publication (14) a défini des paramètres de surveillance du nouveau-né selon son âge de sortie. Après un séjour standard, il faut éliminer la présence d'ictère, dépister une cardiopathie, évaluer la déshydratation et la nutrition, déterminer le risque infectieux, surveiller le comportement, supplémenter en vitamine D et, en cas d'allaitement maternel, supplémenter en Vitamine K. Lors d'une sortie précoce deux items sont ajoutés, la mesure de la bilirubine transcutanée, ainsi que la réalisation et le suivi des dépistages néonataux. Dans cette étude, ces différents items sont tous abordés par les participants. On observe quelques dérives, avec des critères de bas-risques médico-psycho-sociaux non respectés par la maternité, et des parturientes qui disent avoir été fortement incitées à sortir précocement.

La crainte des professionnels, lors de la mise en place du système de sortie précoce de maternité était de voir augmenter les ré-hospitalisations précoces. En 2005, Oddie (16) publiait son étude sur les sorties précoces au Royaume-Uni. Il montrait qu'une sortie précoce n'était pas associée à un risque de réadmission hospitalière. Les mêmes résultats ont été observés par la méta-analyse de la Cochrane par Brown (17) en 2002 et par Sainz Bueno (18) en 2005 en Espagne. En 2014, Berkane (19) dans son article sur «Les avantages et les inconvénients de la mise en place de sortie précoce» s'inquiétait de la recrudescence de l'ictère en Île-de-France.

La thèse de Dr Djavadian en 2007 (20) sur les motifs de consultation aux urgences le premier mois de vie notait une baisse des consultations pour des motifs de puériculture dans le cadre des sorties précoces de maternité (39 % contre 68 %). Les enfants sortis précocement avaient davantage consulté un médecin depuis la sortie (84 % contre 38 %). Un meilleur suivi dans le cadre de sortie précoce, permet de diminuer les consultations non justifiées aux urgences.

L'étude de Straczek en 2008 (21) « sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper », a répertorié les complications de la période post natale potentiellement favorisées par les sorties précoces. Sur les 903 nouveau-nés inclus, 42 ont présenté une complication, 33 parmi ceux-ci auraient été exclus des sorties précoces si les critères ANAES 2004 (6) avaient été respectés soit 80 %.

Selon la thèse de Roisne en 2015 (22), sur le « Parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie » qui est une étude observationnelle, dans les maternités Initiative Hôpital Ami des Bébé de la métropole Lilloise, « 75 % (N=12) des mères sorties précocement ont eu une consultation avec une sage-femme mais seulement 12,5 % dans les 24 heures suivant la sortie ». La visite le lendemain de la sortie est une condition essentielle de la sortie précoce, pouvant entraîner son annulation le cas échéant. Dans cette étude, une sage-femme participante a déclaré réaliser les visites le lendemain de la sortie sauf si celle-ci devait être réalisée un dimanche, ce détournement des recommandations a donc déjà été mis en évidence.

Les recommandations de la HAS (14) conseillent que la femme ait rencontré le professionnel référent du suivi post-natal avant la sortie. En pratique, il est peu fréquent qu'un médecin ou une sage femme assure à la fois le suivi de la grossesse et le suivi précoce.

La thèse du Docteur Parets (23) en 2010, sur le parcours médical des nouveau-nés le premier mois de vie dans l'hôpital de Clamart (département du 92) concluait au fait que le taux de réhospitalisation des nouveau-nés dépendait du suivi des critères de sortie précoce et de la qualité du suivi extrahospitalier. L'étude présentée ici, comme celle du Docteur Roisne a mis en évidence que les recommandations HAS (14) ne sont pas applicables ou pas appliquées dans leur totalité.

II.A.2. L'expérience d'attachement entre le praticien et les parents.

Dans cette étude, les professionnels de santé expliquaient l'importance de faire réaliser aux parents l'expérience d'attachement avec le professionnel. Le professionnel de santé va permettre aux parents une réassurance, en répondant aux demandes des parents.

La théorie d'attachement est une théorie psychologique, qui étudie les relations interpersonnelles. Elle a été émise par Bowlby dans les années 1950. Selon

lui, un enfant, pour un développement émotionnel de qualité, doit réaliser l'expérience d'attachement avec au moins une personne dans son entourage qui prend soin de lui de manière continue, c'est le « care-giver ». Le comportement de l'enfant est alors une recherche de proximité avec une figure d'attachement. Selon Guedeney (24), le style d'attachement du patient va conditionner la recherche d'aide auprès des professionnels de santé quand il est en situation de vulnérabilité. Ainsi les parents, en cas de doute, peuvent faire appel à une représentation du « care-giver », c'est-à-dire le professionnel de santé pour lui donner confiance.

Dans l'étude de Fidry (25), comme dans cette étude, les sages-femmes décrivaient une relation très enrichissante avec les parents. Les médecins de l'étude présentée ici étaient attachés à la création d'un lien de qualité avec leurs patients. Ainsi, dans d'autres études, le rôle du professionnel de santé accompagnant la santé de l'enfant est primordial.

Jourdain en 2008 (26), à propos de la prise en charge de l'enfant « normal » de la maternité au premier mois, évoquait la relation de confiance entre les parents et le médecin traitant de l'enfant. Selon cette étude, le médecin traitant était bien souvent le médecin traitant de l'un des deux parents. Il affirmait que d'une part le climat de confiance instauré lors des examens durant le premier mois de vie allait conditionner la qualité du suivi médical de l'enfant au cours des deux premières années ; et d'autre part l'attachement du patient au professionnel permettait un suivi optimal de la santé de l'enfant. Il expliquait que l'enfant examiné par les professionnels libéraux pendant le premier mois de vie était un enfant qui était en parfaite santé, il rappelait l'enjeu de cet échange enfant-parents-médecin «La qualité d'écoute lors de cette visite initiale conditionnait souvent les visites ultérieures. La somme des informations recueillies tant par le médecin que par les parents est très importante.». Dans la thèse de Roisne 2015 (22), les mères consultaient majoritairement leur médecin généraliste pour le premier examen médical après la sortie, mais également en cas de pathologie aiguë à plus de 40 %. Dans l'étude de Gonce en 2014 (4), les pédiatres regrettaient que cet examen soit méconnu des parents. Dans l'étude présentée ici, les pédiatres libéraux estimaient que s'ils avaient une spécificité par rapport aux médecins généralistes, elle était très précoce dans la vie de l'enfant.

II.A.3. L'examen du 8^{ème} jour

Pour une sortie conventionnelle de maternité, le certificat du 8^{ème} jour est réalisé par le pédiatre de maternité avant la sortie de la mère et de l'enfant, il est alors réalisé au 4^{ème} jour après l'accouchement voie basse ou au 6^{ème} jour après une césarienne. Lors d'une sortie précoce de maternité, le certificat du 8^{ème} jour n'est plus réalisé par le pédiatre de maternité. Les recommandations HAS de mars 2014 sur les sorties précoces de maternité recommandaient une consultation auprès d'un médecin entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour de l'enfant. En 2008, dans son article sur « sorties précoces de maternité: quels problèmes anticiper? », Straczek (21) rappelait que physiologiquement l'enfant s'adaptait à la vie extra-utérine pendant la première semaine de vie et qu'il existait un pic de découverte de coarctation de l'aorte et de cardiopathies ducto-dépendantes au 6^{ème} jour que seul l'examen du 8^{ème} jour permettait de diagnostiquer.

Le report de l'examen du 8^{ème} jour est un point positif de ce mode de sortie, même si dans cette étude certains participants expliquaient que le certificat du 8^{ème} jour n'était pas réalisé, qu'il a été déplacé ou encore qu'il n'a pas été envoyé au centre de PMI. Le certificat du 8^{ème} jour, est important pour l'enfant et pour récolter des données épidémiologiques sur la périnatalité. D'ailleurs, en France, la Cour des Comptes (27) dans son rapport de 2013 sur la périnatalité, déplorait que ces données soient peu communiquées au niveau national ce qui n'empêchait pas de réaliser des études épidémiologiques de grande ampleur.

La réalisation de sorties précoces de maternité permet donc aux médecins généralistes et pédiatres de suivre plus précocement l'enfant, de dépister les pathologies de l'adaptation à la vie extra-utérine et de réaliser avec les parents l'expérience d'attachement qui peut aider le début d'une relation parent-enfant de bonne qualité.

II.A.4. Les avis positifs sur le suivi des enfants sortis précocement

Dans cette étude, les représentants des différentes professions de santé interrogés étaient enthousiastes vis-à-vis du suivi des sorties précoces de maternité. Selon Straczek 2008 (21), les critères d'éligibilité à une sortie précoce étaient nécessaires. Depuis 2014, ils ont été définis et, s'ils sont respectés, ils permettent à des enfants de faible risque médico-psycho-social de rentrer tôt au domicile, et d'instaurer un suivi précoce par les professionnels de santé libéraux.

Dans la thèse du Dr Gonce (4), l'auteur définissait les avantages de ce type de sortie : « le rapprochement familial, la diminution du nombre de sortie contre avis-médical et l'augmentation du nombre de places disponibles qui permettait de gérer les pics d'activité. Cela permettait d'avoir un séjour plus personnalisé pour les patientes demandeuses ». Dans la thèse du Dr Fidry (25), les sages-femmes pensaient que les sorties précoces permettaient une meilleure récupération et un regroupement familial.

L'étude de Sainz Bueno (18) en Espagne comparait le taux de satisfaction maternel de 430 femmes la moitié sortant précocement. Il concluait qu'il était meilleur de 90 % lors de sorties précoces par rapport aux mères sorties au terme classique.

Les médecins ont insisté sur l'examen du 8^{ème} jour réalisé par les médecins libéraux, il permet un suivi précoce, et de prévenir les soucis pour lesquels les mères n'auraient pas forcément fait appel au médecin. Les sages-femmes apprécient cette activité au domicile et sont très impliquées dans les réseaux de périnatalité. Tous les professionnels de santé semblent penser que les sorties précoces de maternité bien encadrées peuvent être un élément positif du système de soins français.

B. Les points négatifs du suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.

II.B.1. Les médecins généralistes se sentent exclus de la périnatalité.

Le rapport de l'Observatoire National Des Professionnels de Santé sur la Prise en charge de la santé de l'enfant en 2013 (28), dans sa partie sur le suivi de l'enfant le premier mois de vie, préconise de mettre en relation tous les professionnels de santé de la périnatalité mais oublie le médecin généraliste « la communication entre tous les acteurs : pédiatre, sages-femmes, puéricultrices de PMI ou libérales, association, etc. ». Dans la thèse du Dr Daussy (29), « Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre » en 2014, les médecins généralistes ne connaissaient pas le programme de retour précoce à domicile et n'étaient pas informés du retour à domicile de leurs patientes. La revue Prescrire en 2014 (15), déplorait que peu de médecins généralistes aient participé à la rédaction des recommandations de la HAS. Dans ce travail, les médecins généralistes se sentent exclus de la périnatalité. Les maternités mettent en place des réseaux de professionnels libéraux réalisant le suivi des sorties précoces. Elles donnent une liste de médecins travaillant dans ce réseau, mais tous les médecins n'auraient pas été informés de la création de ces réseaux. Les maternités sembleraient ne pas communiquer avec eux sur les modalités du suivi des sorties précoces de maternité. Certains auraient arrêté le suivi de l'enfant car ils ne se sentaient plus aptes à le réaliser, compte tenu des changements importants survenus dans la prise en charge périnatale.

II.B.2. Les médecins généralistes perdent leur rôle de professionnels de premier recours.

La loi HPST (29) du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, place le médecin généraliste comme acteur principal de la coordination des soins et de l'organisation de l'offre de soins de premier recours. Le rapport Druais 2015 (30) expliquait la place et le rôle du médecin généraliste dans le système de soins français. Il rappelle que les systèmes de soins dans lesquels la population est en meilleure santé sont des systèmes de soins centrés sur le premier recours, dans des pays économiquement comparables à la France. Dans cette étude, les médecins généralistes ne se considéraient plus comme des professionnels de premier recours en périnatalité. Cette hypothèse a été émise également dans la thèse du Dr Henry en 2015 (31), sur les motifs de recours aux urgences des enfants la premier mois de vie, 55 % des consultations aux urgences auraient pu avoir lieu en médecine libérale. Elle rappelait que : « Le médecin généraliste et le pédiatre ont ainsi un rôle capital dans les soins de santé primaires délivrés au nouveau-né. ». La thèse du Dr Roisne (22) montrait qu'à Lille les mamans consultaient plus facilement leur sage-femme que leur médecin généraliste pour leur nourrisson. La thèse du Dr Gonce en 2014 (4) sur la coordination des soins en périnatalité selon les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre, expliquait pourtant que les médecins hospitaliers considéraient le médecin généraliste comme le garant de la continuité des soins et que certains travaillent en coordination avec eux.

L'accès aux médecins généralistes en premier recours doit être primordial en cas de pathologie. Il permet d'éviter l'accès direct aux services d'accueil des urgences, qui ne sont pas dédiés au premier recours mais à l'urgence médicale.

II.B.3. La difficulté pour les sages-femmes de s'équiper en bilirubinomètre.

L'Académie nationale de médecine en 2005, s'est inquiétée de la résurgence de l'ictère nucléaire (7). Selon l'équipe clinique du centre national de référence en hématologie périnatale (8), entre 2011 et 2012, cinq enfants auraient présenté des ictères nucléaires avec des conséquences neurologiques dans la région Ile-de-France. Les données de la littérature internationale ne sont pas transposables au contexte français, car les critères de sortie et de surveillance ne sont pas les mêmes. Aux Etats-Unis, dans les années 1980, la communauté médicale fait face à une augmentation du taux d'ictère nucléaire suite à la diminution de durée de séjour des mères en maternité. Les mères américaines sortaient souvent quelques heures après l'accouchement sans suivi particulier, ce qui a obligé les Etats-Unis à adopter une loi obligeant les assurances à prendre en charge 48 heures d'hospitalisation en maternité après l'accouchement.

Les recommandations HAS 2014 (14), préconisent l'achat d'un appareil mesurant la bilirubine transcutanée en cas de suivi pédiatrique des sorties précoces de maternité. Gascoin en 2015 (33) le rappelait dans son article sur « Le nouveau-né en maternité et le premier mois de vie »: « Les professionnels en charge du suivi à domicile doivent donc faire l'acquisition d'un bilirubinomètre ou alors la « mesure » doit être organisée dans un centre équipé, sinon, la sortie doit être différée ».

Les sages-femmes sont obligées d'investir dans un outil indispensable au suivi de l'enfant avant 72 heures de vie, bien que, comme elles l'exprimaient dans cette étude, cet équipement ne soit pas rentabilisé puisque cet acte n'est pas coté. De plus, cet équipement s'avère très coûteux d'entretien.

II.C. Les améliorations à apporter pour le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux.

II.C.1. La communication.

Dans notre étude, les professionnels de santé déplorent le manque de communication entre les différents intervenants du suivi de l'enfant et entre l'hôpital et les professionnels libéraux. Venditelli en 2009 (34), à propos de « L'évaluation de l'intégration des médecins généralistes dans un réseau de soin en périnatalité » soulignait qu'il était nécessaire d'améliorer l'information auprès des médecins généralistes.

Les travaux de thèse de Fidry en 2014 (25), et de Goncè en 2014 (4) s'intégrant au projet Vill-Hop&Co avaient pour but d'identifier les perceptions et les perspectives d'amélioration en termes de coordination de soins chez les différents professionnels de santé concernés (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes libérales) et les patientes dans le réseau de l'hôpital Jeanne de Flandre. Fidry rapportait que : « La coordination entre la maternité et les sages-femmes libérales dans le cadre des sorties anticipées était satisfaisante. L'organisation des soins au sein du secteur libéral était plus complexe. Une mauvaise communication entre les médecins traitants et les sages-femmes était observée ». Elle Dans ce travail les différents outils de la communication: courriers de sortie, feuilles de liaison, ordonnances, carnets de maternité, carnets de santé, documents de information remis à la patiente à la maternité étaient listés. Dans cette étude, les documents d'information n'ont pas été cités car probablement peu informatifs pour les professionnels de santé, ainsi que le carnet de maternité qui correspond davantage aux informations maternelles. Dans la thèse de Goncè, les médecins hospitaliers proposaient de développer les outils informatiques de mails sécurisés tels qu'APICRYPT® ou qu'un forum dédié. Dans ce même travail, les praticiens hospitaliers regrettaient un manque de communication avec les médecins généralistes. Il semblerait donc que les outils existent, mais que la difficulté résiderait surtout dans le travail interdisciplinaire en coordination.

II.C.2. Le travail interdisciplinaire.

Dans les thèses des Dr Gonce et Fidry, la création du projet Vill-Hop&Co mettait en évidence le besoin de collaboration entre les professionnels de santé et leurs difficultés à réaliser cet exercice. Pour exemple, dans la thèse de Gonce, certains praticiens hospitaliers n'osaient pas appeler les médecins généralistes de peur de les déranger lors de leurs consultations. Dans la thèse de Fidry, des redondances de consultations le même jour pour le même patient avaient été décrites. Il semblerait que les soins ne soient pas toujours coordonnés, ce qui a aussi été décrit dans notre travail, comme « doublons ». De plus, l'impression sentiment de concurrence entre médecins généralistes et sages-femmes décrite par Fidry émergeait également dans notre étude.

Dans l'étude présentée ici, plusieurs nouvelles idées apparaissaient : la manque de la connaissance des compétences des autres professions, la manque de confiance entre les professionnels. Néanmoins, le travail interdisciplinaire semblait possible dans certaines équipes volontaires où les professionnels avaient créé leur propre réseau de travail interdisciplinaire.

Certains des acteurs de notre étude ont participé à des formations avec les autres professionnels de santé. Ainsi la formation des professionnels de santé en interdisciplinarité permettrait peut-être une meilleure coordination des soins.

II.C.3. La formation des professionnels de santé.

Dans notre enquête, les participants ont abordé spontanément la question de la formation (FMC). Pendant leur formation initiale, les sages-femmes et les médecins, acquièrent des connaissances communes lors de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) depuis 2010. Dans certaines facultés, des cours sont communs dans les années supérieures. Les participants abordaient la nécessité de la formation médicale continue tout au long de leur carrière. Dans le rapport de la cour des comptes de 2013 (27) à propos de la politique de périnatalité et de la création de réseau de périnatalité devait permettre une homogénéisation des connaissances, et mettre en place des programmes de formations. Dr Roisne (22) dans sa thèse en 2015 rapportait qu'il était indispensable de former les médecins généralistes en pédiatrie sur les pathologies néonatales, l'allaitement et les bases de

puériculture. Dr Gonce (4) avançait que les praticiens hospitaliers étaient prêts à les former dans le cadre de journées de FMC. Le Dr Olariu (35) en Charente rapportait la création d'un réseau à partir d'un groupe pilote pluridisciplinaire. Ce réseau avait pour but d'accompagner les sorties, grâce à une formation de trois fois trois heures dispensée aux médecins généralistes, différents thèmes à aborder au cours de cette formation étaient identifiés :

- Écouter et rassurer les parents dans leur nouveau rôle,
- Identifier les éléments de l'examen clinique du nouveau-né,
- Dépister les anomalies et coordonner leur prise en charge,
- Élaborer un programme de suivi et de vaccinations du nouveau-né,
- Coordonner le suivi avec d'autres intervenants de santé,
- Développer une prise en charge autour du nouveau-né selon le contexte familial,
- Synthétiser les éléments importants à retranscrire dans le dossier médical.

Les sages-femmes ayant participé à l'étude présentée ici, doivent signer une convention avec les maternités pour pouvoir réaliser le suivi des sorties précoces. Selon l' HAS en 2014 (14), les professionnels libéraux assurant le suivi de l'enfant doivent être membres d'un réseau de soins en périnatalité, ce qui permet une formation supplémentaire. Dans cette étude, les outils de formation cités sont, les réseaux, la visite médicale, la maîtrise de stage, les formations universitaires et les lectures personnelles. Les différents professionnels de santé continuent à se former mais ne trouvent pas toujours le temps de se libérer de leur activité pour le faire avec d'autres professionnels.

II.C.4. Le versant économique

La réalisation de sorties précoces par les maternités est conditionnée par la réalisation d'un suivi libéral par des sages-femmes et des médecins. En 2008, Jourdain (26) rapportait que la CPAM remboursait une consultation par un médecin à 100 % au cours du premier mois de vie. La consultation du pédiatre le premier mois de vie cotée CS + FPE + MNP + MBB vaut 43 euros contre CS + FPE + MNO soit 33 euros chez le médecin généraliste. Dans cette étude, les médecins généralistes et les pédiatres regrettaient la faible valorisation de la consultation du nouveau-né compte tenu du temps nécessaire passé. La CPAM prend en charge à 100 % les frais médicaux relatifs à la grossesse à partir du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'à J12 de vie(2). La thèse de Fidry (25) rappelait que les sages-femmes étaient payées 44,80 euros lors des deux premières visites avant J7 avec la cotation SF16. Cette rémunération était estimée correcte selon les sages-femmes, par contre la rémunération après le 7^{ème} jour, cotée SF12, soit 33,60 euros était jugée insuffisante. Anne Battut mettait également en évidence les tarifs en vigueur en 2007 (36). Pour les maternités, Berkane (19) à propos des « sorties précoces de maternité : avantages et inconvénients de la mise en place » en 2014, rappelait que : « Les objectifs généralement mis en avant pour la mise en place des RPDA (Retours Précoces à Domicile) sont une augmentation du bien-être des patientes par un retour rapide auprès de leur entourage familial et une économie de santé par diminution de la durée de séjour. Celle-ci pouvant permettre si elle est franche, une diminution du nombre de lits et/ou une augmentation significative d'activité. ». Ce dernier insistait sur le fait que la cotation pour un accouchement normal avec sortie précoce et un accouchement normal avec durée de séjour supérieur à 3 jours n'était pas la même et que la rémunération du service de soin était alors plus basse passant de 2436 à 1483 euros. Les objectifs de réduction des coûts nationaux ne coïncident pas toujours avec les objectifs de rentabilité des services. Il faudrait que la rémunération des professionnels de santé libéraux réalisant le suivi des enfants sortis précocement de maternité soit suffisante pour les inciter à réaliser ce suivi et à investir dans les outils nécessaires.

CONCLUSION

Pour ce travail, nous nous sommes intéressés au mode de réalisation du suivi des sorties précoces de maternité pour l'examen du premier mois de vie, ainsi qu'au vécu des professionnels de santé assurant le suivi des enfants sortis précocement de maternité.

La réalisation du suivi de l'enfant le premier mois de vie, après une sortie précoce de maternité par les participants de cette étude, correspond aux critères de suivi des recommandations HAS 2014. Les professionnels libéraux sont enthousiastes à la réalisation de ce suivi. Le travail en interdisciplinarité doit s'apprendre dès la formation initiale, du fait de sa spécificité. Les médecins suivent plus tôt les enfants sortis précocement, en effet dès la première semaine de vie lors de l'examen du 8^{ème} jour. Les médecins généralistes se sentent exclus de la périnatalité et ont le sentiment de perdre leur rôle de premier recours. Les sages-femmes sont obligées d'investir dans un bilirubinomètre qui est indispensable au suivi de l'enfant les premiers jours de vie mais non rentable.

Cette étude a permis de mettre en évidence certains dysfonctionnements dans le programme de sortie précoce de maternité. Il semblerait nécessaire pour les sages-femmes réalisant le suivi des sorties précoces de maternité de pouvoir s'équiper dans un outil de surveillance de l'ictère néonatal et qu'il puisse être rentable. Enfin, tous les professionnels de santé réalisant le suivi de l'enfant doivent être avertis du mode d'accès au réseau de périnatalité, de la nécessité d'une formation pour le suivi des sorties précoces de maternité et de bénéficier de l'uniformisation des prises en charge.

Les médecins libéraux, réalisent déjà le suivi de l'enfant le premier mois de vie. Il est nécessaire de créer des réseaux locaux, à l'initiative des professionnels de santé libéraux. Ces professionnels de santé travailleront mieux en coordination s'ils se sentent impliqués dans la périnatalité. Les changements des recommandations en 2014 ont permis d'insister sur la nécessité d'un examen précoce par les médecins. Cette consultation peut-être le premier contact des parents avec le médecin et permet de réaliser l'expérience d'attachement. Cette expérience, si elle est réalisée, permettrait un meilleur suivi médical de l'enfant, et pourrait peut-être favoriser une relation parent-enfant de bonne qualité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. NPEU. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010.
2. Argumentaire scientifique - sortie de maternité après accouchement. HAS. mars 2014;
3. INSEE. Fécondité, France 1994 2014 .2015.
4. Gonce C. Identifier chez les gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité. Thèse pour le doctorat en médecine. Lille; Faculté de médecine de Lille 2014.
5. Je suis suivie à domicile après mon accouchement. Assurance maladie. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/001_Dep_PRADO.pdf
6. Sortie précoce après accouchement- conditions pour proposer un retour précoce à domicile ANAES. 2004. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/pdf/sortie-precoce-apres-accouchement.pdf>
7. Vert P, David G. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2010 jul 24;194(8):162
8. Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE). Disponible sur : <http://ciane.net/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/>
9. Cortey A. Ictère du nouveau-né : le retour de l'ictère nucléaire. Arch Pédiatrie. 2012;19(9):897 9.
10. De Luca D, Carnielli VP, Paolillo P. Neonatal hyperbilirubinemia and early discharge from the maternity ward. Eur J Pediatr. 2009;168(9):1025 30.
11. Recommandations pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD- HAS. juin 2011
12. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale.
13. Vendittelli F, Boniol M, Mamelie N. [Early postpartum hospital discharge in France]. Rev D'épidémiologie Santé Publique. sept 2005;53(4):373 82.
14. Fiche de synthèse sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. HAS. 2014.

15. Prescrire. Sortie de maternité après accouchement : un consensus de spécialistes en guise de guide. 2014;tome 34(374):949.
16. Oddie S, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child*. 2005;90(2):119 24.
17. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. In: *The Cochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002
18. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2005;193(3):714 26.
19. Berkane N. [Early post-partum discharges: benefits, disadvantages and implementation methodology]. *J Gynécologie Obstétrique BiolReprod*. 2015;44(2):119 25.
20. Djavadian A. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatalogie. Thèse pour le doctorat en médecine. Créteil; Faculté de médecine Créteil 2007.
21. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15(6):1076 82.
22. Roisne J. Parcours de soins des nouveau-nés dans leur premier mois de vie. Étude observationnelle en 2015 dans les maternités IHAB de la métropole Lilloise. Thèse pour le doctorat en médecine. Lille ; Faculté de médecine Lille; 2015.
23. Parets S. Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, Faculté de médecine Paris sud ; 2010.
24. Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Rech Soins Infirm*. 2007;89(2):43.
25. Fidry J. Identifier chez les sages-femmes libérales les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité. Lille; 2015.
26. Jourdain G, Boithias-Guerot C, Chabernaut J-L. Prise en charge du nouveau-né normal (de la sortie de maternité à 1 mois). EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2008.
27. Cour des Comptes. Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. 2013.
28. ONDPS. Prise en charge de la santé de l'enfant : synthèse des travaux de la commission. 2013 mars p. 33.

29. Daussy. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine Lille; 2014.
30. JO. Fac-similé JO du 22/07/2009, texte 1 | Legifrance [Internet]. 2009. Disponible sur:
http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244
31. Druais P-L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. 2015 mars. Rapport pour le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.
32. Henry E. Motifs et facteurs impliqués dans la consultation des nouveau-nées aux urgences pédiatriques : étude prospective monocentrique. Médecine humaine et pathologie. 2015. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine Paris-Descartes; 2015.
33. Gascoin G. Le nouveau-né en maternité et durant le premier mois de vie. *J Gynécologie Obstétrique BiolReprod.* 2015;44(10):1147-51.
34. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. *J Gynécologie Obstétrique BiolReprod.* 2009;38(7):559-73.
35. Olariu V. Conception d'une formation aux médecins généralistes pour la prise en charge du nouveau-né en sortie précoce de maternité. poitiers; 2014.
36. Battut A. Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. 2007. Disponible sur:
<http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=121445348>

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien

- Depuis combien de temps êtes-vous installés ?
- Avec quelles maternités travaillez-vous ?
- Avez-vous reçu des informations sur les réseaux de périnatalité ?
- Faites-vous partie d'un réseau de périnatalité ?
- A quel moment les maternités avec lesquelles vous travaillez font-elles sortir les patientes en post-partum ?
- Comment se déroulent les sorties précoces de maternité chez vos patientes ?
- Comment êtes-vous avertis, des sorties de maternité de vos patientes ?
- Quand voyez-vous le nouveau-né pour la première fois ?
- Qui d'autre que vous peut voir l'enfant pour la première fois après son retour à la maison ?
- Sur quoi avez-vous l'examen du nouveau-né, à votre première rencontre ?
- Selon vous, où est-il préférable d'examiner le nouveau-né ?
- Quels sont les avantages de l'examen au cabinet ?
- Combien de temps estimez-vous nécessaire à la première consultation de l'enfant ?
- Comment utilisez-vous le carnet de santé ?
- Quelles sont, selon vous, les particularités de l'examen du 8ème jour ?
- Selon vous, quel matériel serait nécessaire à l'examen lors de sortie de maternité précoce ?
- Quels signes vous font prendre un avis ?
- A qui faites-vous appel en cas de doute ?
- Quand programmez-vous la deuxième visite ?
- Pendant le premier mois de vie, à quelle fréquence voyez-vous les enfants sortis précocement de maternité ?
- Surveillez-vous différemment, un enfant sorti précocement de maternité ?
- Si un ictère vous inquiète, que faites-vous ?

- Quelles questions posez-vous aux mères sur la vie du nouveau-né ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées avec les sorties précoces de maternité ?
- Quelles solutions avez-vous trouvées ou avez-vous à apporter ?
- Lors des sorties de maternité précoces, qui fait le test de Guthrie ?
- Selon vous, quel rôle le médecin généraliste a à jouer dans le suivi du nouveau-né le premier mois de vie ?
- Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

Annexe 2 : Questionnaire aux participants

Nom (donnée qui sera anonymisée par la suite)

Prénom (donnée qui sera anonymisée par la suite)

Age

Nombre d'années d'exercice libéral

Type d'activité (entourer la / les bonnes réponses) : rurale semi rurale citadine

Diplômes complémentaires :

Lesquels ?

Pourcentage estimé de visite à domicile dans votre activité : ... %

Lien avec PRADO

- informe de la sortie des patients : oui / non

- appel pour prévoir visite à domicile : oui/non

Equipement :

- Bilicheck oui/non

- Balance pédiatrique oui/non

- Thermomètre oui/non

- Saturomètre oui/non

- Brassard pédiatrique de prise de tension oui/non

Annexe 3: Recommandations de l'HAS 2014

Ces recommandations s'adressent aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social.

DURÉE DE SEJOUR STANDARD ET SORTIE PRÉCOCE

La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation :

- de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse
- de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ;
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. -

Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonatal qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

Points clés généraux

- Définir l'offre de soins locale
- Anticiper en période anténatale l'organisation de la sortie de maternité notamment par une information au cours du 3e trimestre de grossesse (cf. document d'information)
- Assurer une continuité des soins (cf. fiche de liaison, 1er rendez-vous après la sortie planifiée, contacts téléphoniques identifiés...)
- Identifier un professionnel référent de maternité (pour répondre aux éventuelles demandes d'informations) et un professionnel référent du suivi (responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile, il coordonne les différents professionnels impliqués)
- Travailler en réseau

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ LA MERE

Critères pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

- Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
- Absence de signes thromboemboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
- Accord de la mère 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.

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal° réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi

- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme \geq 38 SA, singleton et eutrophe
- Apgar \geq 7 à 5 minutes
- Examen clinique normal° le jour de sortie
- 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
- 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)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus
- Suivi post-partum après la sortie organisé : 1re visite prévue dans les 24 heures après la sortie de maternité

* définis selon les courbes de référence utilisées.

SUIVI DE LA MÈRE

Paramètres de surveillance quelle que soit la durée de séjour

- Risque hémorragique.

- Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite
 - Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/pré-éclampsie
 - Risque thromboembolique
 - Troubles urinaires/digestifs
 - Cicatrisation (périnée, césarienne)
 - Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
 - Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
 - Douleur
 - Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines*
 - Accompagnement de l'allaitement maternel
 - Accompagnement et information sur la contraception.
 - Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
 - Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)
- *s'il y a lieu et si non fait durant le séjour.

SUIVI DE L'ENFANT

Paramètres de surveillance après une durée de séjour standard

- Risque d'ictère : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin
- Dépistage des cardiopathies : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
- Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact - Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K

Paramètres de surveillance supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
- Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE DUREE DE SEJOUR STANDARD

Deux visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- 1re visite : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie ;
- 2e visite : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE SORTIE PRÉCOCE

Deux ou trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- 1re visite : elle est systématique et doit être réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée ;
- 2e visite : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant ;
- 3e visite : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

PARCOURS DE SOINS DU NOUVEAU-NÉ AU COURS DU PREMIER MOIS DE VIE

Le nouveau-né bénéficie de 2 examens à la maternité :

- un examen dans les 2 heures suivant sa naissance réalisé par une sage-femme ou un pédiatre ;
- un examen avant toute sortie de la maternité : il est recommandé que le nouveau-né soit examiné par un pédiatre et que cet examen soit réalisé impérativement avant la sortie et après 48 heures, voire le jour de la sortie en cas de sortie précoce.

Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé entre le 6e et le 10e jour postnatal, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des

pathologies du nouveau-né. Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice).

Annexe 4 : Accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Madame FOSTIER Orphyre 9 QUAI DE L'OUESTAPP20159000 LILLE

1873650 v 0

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

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

Isabelle FALQUE PIERROTIN Présidente

Fait à Paris, le 07 juillet 2015 Par délégation de la commission Traitement déclaré

Organisme déclarant

RÉCÉPISSÉ

du 07 juillet 2015

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0673073685

Fax. : 0000000000

ALIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

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

Annexe 5 : Accord du Comité de Protection des Personnes participant à la recherche médicale.

Bonjour,

Au vu des documents que vous nous avez transmis, le CPP considère que ce travail de recherche n'est pas interventionnel et ne requiert donc pas d'avis des autorités compétentes (CPP, ANSM).

Bien à vous,

Melle Emilie Broux
Secrétaire CPP Nord Ouest IV
Bâtiment ex-USNB
6 rue du Professeur Laguesse
CHRU LILLE
CS 70001
59037

LILLE

CEDEX

AUTEUR : Nom : Fostier Prénom : Orphyre

Date de Soutenance : 10 mai 2016

Titre de la Thèse : Le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité, par les professionnels de santé libéraux. Recherche qualitative sur le vécu des professionnels de santé libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : *médecine générale*

DES + spécialité : *médecine générale*

Mots-clés : *sortie précoce de maternité, pédiatrie, maïeutique, médecine générale, nouveau-né interdisciplinarité*

Introduction : La France fait partie des pays où les femmes restent le plus longtemps à la maternité après l'accouchement. Un programme de sortie précoce de maternité a été mis en place dans les années 1990 encadré par des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2004, puis de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014. L'objectif de l'étude est de connaître le mode de réalisation du suivi du nouveau-né lors du retour précoce à domicile et de comprendre le vécu des professionnels de santé libéraux qui y participent.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, avec réalisation d'entretiens individuels et d'entretiens de groupe. Ils ont été menés selon un canevas semi-dirigé. Les participants inclus sont des professionnels de santé libéraux de la région Nord-Pas-de-Calais : médecins généralistes, sages-femmes libérales et pédiatres. La saturation des données a été atteinte pour deux des groupes professionnels étudiés. L'analyse des données a été faite en codage ouvert avec la participation d'un deuxième chercheur.

Résultats : Onze sages-femmes, onze médecins généralistes et deux pédiatres ont participé à cette étude. Le suivi des nouveau-nés sortis précocement de maternité observe les recommandations de l'HAS 2014. Les participants ont décrit des points positifs : ils apprécient réaliser ce suivi, ils essaient de réaliser l'expérience d'attachement avec les parents. Les participants ont déploré des points négatifs : les sages-femmes doivent s'équiper d'un lecteur de bilirubine transcutanée non rentable, les médecins généralistes se sentent exclus de la périnatalité et regrettent la perte de leur rôle de premier recours. Des améliorations ont été envisagées telles que la formation des professionnels de santé à la communication et au travail interdisciplinaire. Il semble que les professionnels travaillant le mieux en interdisciplinarité sont ceux qui ont créé leur propre réseau. Les rémunérations des professionnels de santé devraient leur permettre de rentabiliser leur outil de travail.

Conclusion : Les sorties précoces de maternité ont permis aux professionnels de santé libéraux de réaliser plus tôt le suivi de l'enfant sain. Les sages-femmes et les médecins sont motivés par la réalisation d'un suivi en activité libérale, pour cela la communication et l'apprentissage du travail pluridisciplinaire doivent être intégrés dans la formation des professionnels de santé.

Composition du Jury :

Président : Professeur Truffert

Asseseurs : Professeur Storme, Professeur Martinot, Docteur Charkaluk, Docteur Leclercq, Professeur Wartel