

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2018-2019

**Sages-femmes hospitalières et libérales : Points de vue sur
le RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement)
à l'HME de Limoges**

Présenté et soutenu publiquement le 13 mai 2019
par

Déborah BIAY

Expert scientifique : Audrey JALABERT

Expert méthodologique : Marie-Noëlle VOIRON

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Mme VOIRON Marie-Noëlle, guidante de ce mémoire pour ses précieux conseils et suggestions et ses nombreuses relectures,

Ainsi que Mme JALABERT Audrey, sage-femme libérale et directrice de ce mémoire pour son aide considérable notamment dans la construction des questionnaires.

Aux sages-femmes ayant participé à l'étude,

A Lucie, camarade de promotion et amie pour avoir contribué à la distribution de mes questionnaires,

A Baptiste et à ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de mes études.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction	7
1. Contexte de la recherche	7
2. Le PRADO	8
3. Le RPDA.....	8
4. A l'HME de Limoges	9
Deuxième partie : Matériel et méthode	12
1. Type d'étude	12
2. Population.....	12
3. Paramètres étudiés.....	12
4. Analyses statistiques	13
Troisième partie : Résultats	14
1. Résultats.....	14
1.1. Caractéristiques personnelles	14
1.1.1 Concernant les sages-femmes libérales.....	14
1.1.2 Concernant les sages-femmes hospitalières.....	14
1.2. Les freins à la pratique du RPDA.....	15
1.2.1 D'après les sages-femmes libérales.....	15
1.2.2 D'après les sages-femmes hospitalières.....	16
1.3. D'un point de vue pratique.....	17
1.3.1 Les conseils et informations	17
1.3.1.1. Les conseils et informations concernant la mère	17
1.3.1.2. Les conseils et informations concernant le nouveau-né.....	19
1.3.2 Les transmissions	21
1.3.2.1. Concernant les sages-femmes libérales	21
1.3.2.2. Concernant les sages-femmes hospitalières	22
1.3.3 Réunion entre sages-femmes libérales et hospitalières	23
1.4. Les avantages du RPDA	24
1.4.1 Pour les sages-femmes	24
1.4.2 Pour les familles.....	26
1.5. D'un point de vue personnel	29
1.5.1 Bénéfice personnel	29
1.5.2 Positionnement sur le RPDA.....	30
Quatrième partie : Discussion.....	32
1. Points forts et limites de l'étude.....	32
2. Les freins rencontrés par les sages-femmes libérales et hospitalières à la pratique du RPDA	32
2.1. Les freins au RPDA pour les sages-femmes libérales	32
2.2. Les freins au RPDA pour les sages-femmes hospitalières.....	34
3. Les avantages du RPDA.....	35
3.1. Pour les sages-femmes.....	35

3.2. Pour les familles	36
Conclusion	38
Références bibliographiques	40
Annexes	42

Table des illustrations

Figure 1 – Freins au RPDA selon les sages-femmes libérales.....	15
Figure 2 – Freins au RPDA selon les sages-femmes hospitalières	16
Figure 3 – Conseils et informations concernant la mère selon les sages-femmes libérales.....	17
Figure 4 – Conseils et informations concernant la mère selon les sages-femmes hospitalières	18
Figure 5 – Conseils et informations concernant le nouveau-né selon les sages-femmes libérales.....	19
Figure 6 – Conseils et informations concernant le nouveau-né selon les sages-femmes hospitalières	20
Figure 7 – Satisfaction générale des sages-femmes libérales concernant les transmissions	21
Figure 8 – Satisfaction détaillée des sages-femmes libérales sur chaque élément des transmissions	22
Figure 9 – Place de chaque élément des transmissions selon les sages-femmes hospitalières	23
Figure 10 – Bénéfices d’une réunion	24
Figure 11 – Avantages de la pratique du RPDA pour les sages-femmes libérales.....	25
Figure 12 – Avantages du RPDA pour les sages-femmes libérales selon les hospitalières	26
Figure 13 – Avantages du RPDA pour les familles selon les sages-femmes libérales et hospitalières	27
Figure 14 – Intérêt du RPDA pour le couple mère-enfant selon les sages-femmes libérales et hospitalières.....	28
Figure 15 – Familles demandeuses du RPDA selon les sages-femmes libérales et hospitalières	29
Figure 16 – Volonté des sages-femmes libérales et hospitalières à bénéficier personnellement du RPDA	30
Figure 17 – Positionnement des sages-femmes libérales et hospitalières sur le RPDA	31

Première partie : Introduction

1. Contexte de la recherche

Depuis les années 1970, le nombre de maternités en France a considérablement diminué. Les maternités à faible activité ferment dans le but de favoriser la sécurité des couples mère-enfant en les orientant vers des structures disposant de moyens en matériels et en personnels plus importants. (1)

Cela a contribué au développement de grandes structures disposant d'unités de néonatalogie et de réanimation néonatale (2) et a engendré une diminution du nombre de lits disponibles, compensée par une diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS). (1)

En effet, la Tarification à l'Activité (T2A) mise en place en 2004-2005 dans les établissements de santé publics et privés a contribué à la réduction de la durée de séjour en maternité ; les séjours courts étant rémunérés selon une base forfaitaire. (3) (4) (5)

Selon le rapport de la DRESS de 2008, de nombreuses femmes ont émis des critiques concernant la préparation de la sortie de la maternité. Cependant ces reproches ne sont pas intriqués à la durée de séjour car « *les trois quarts des femmes jugent la durée de séjour adéquate, et 21% trop longue contre seulement 7% qui estiment leur sortie prématurée.* » (6) De plus, selon la HAS, il n'existe pas de durée de séjour optimale, dès l'instant que la sortie de maternité et le suivi à domicile sont correctement anticipés et organisés. (7)

Dans ce contexte, le PRADO, PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile a pu être expérimenté en 2010 et s'est déployé sur l'ensemble du territoire en 2013.

Dans la continuité de la réduction du temps de séjour hospitalier, le RPDA, Retour Précoce à Domicile après Accouchement, est expérimenté depuis le printemps 2015 dans certaines maternités.

Les sages-femmes des établissements de santé publics et privés ainsi que les sages-femmes libérales sont des actrices importantes de ce dispositif. En effet, les sages-femmes de maternité organisent la sortie en concertation avec les médecins, puis les libérales prennent en charge les couples mère-enfant à leur domicile.

Leur positionnement sur ce sujet nous semblait donc intéressant à questionner.

2. Le PRADO

Il a permis d'établir un suivi à domicile du couple mère-enfant par une sage-femme libérale de son choix. Cependant, ce programme s'adresse aux accouchées et aux nouveau-nés appartenant au bas risque médical, psychique et social. (8)

Les mères éligibles au PRADO doivent disposer d'un soutien familial, ne doivent pas être considérées comme vulnérables et ne doivent pas présenter de pathologies ou de complications dans les suites de couches. Un lien mère-enfant de qualité doit être mis en place. (7)

Concernant le nouveau-né, il doit être né à terme (de 37 à 41 Semaines d'Aménorrhée (SA)), eutrophe et singleton. Son examen morphologique et neurologique doit être normal. Il ne doit pas présenter de signes d'ictère ou d'infection. De plus, le suivi à la sortie de la maternité doit être planifié. (7)

La sortie de la maternité se fait dans les 72 à 96 premières heures après un accouchement voie basse (AVB) et dans les 96 à 120 premières heures après une césarienne. Deux visites par la sage-femme libérale sont recommandées dont une obligatoire qui doit être réalisée dans la semaine suivant la sortie, et si possible dans les 48 h. La 2^{ème} visite est planifiée selon l'appréciation de la sage-femme.

L'adhésion au PRADO n'est en aucun cas obligatoire. Une sortie PRADO ne peut être imposée.

D'après la fédération hospitalière de France, une enquête réalisée en novembre 2012 montre que sur 77 000 femmes à qui l'on a proposé de bénéficier du PRADO, 60 000 ont accepté.(9)

3. Le RPDA

Il s'agit d'une sortie plus précoce qu'avec le PRADO. Elle se fait dans les 72 premières heures après un AVB et dans les 96 premières heures après une césarienne. De plus, la sage-femme libérale choisie par la patiente réalise 3 visites dont 2 obligatoires et une recommandée. La première visite, doit être réalisée dans les 24 heures suivant la sortie. Les 2^{ème} et 3^{ème} visites seront planifiées selon l'appréciation de la sage-femme. (7)

Le RPDA donne la possibilité aux patientes d'être actrices de leur santé en leur permettant de choisir de rentrer plus tôt chez elles afin de bénéficier d'un suivi à domicile dans leur milieu personnel, sans cependant augmenter le risque de morbidité périnatale et maternelle. (10)

Les critères d'éligibilité sont cependant plus restrictifs que pour le PRADO notamment pour le nouveau-né. En effet, celui-ci doit être né après 38 SA, son Apgar doit être supérieur ou égal à 7 à 5 minutes de vie, la vitamine K1 doit être administrée avant la sortie. Les dépistages néonataux doivent être organisés ou réalisés par la maternité et sa première visite doit avoir lieu dans les 24 h suivant la sortie. Concernant la mère, elle ne doit pas présenter d'hémorragie sévère du post-partum immédiat. (7)

La HAS dans « Les Recommandations pour la pratique clinique » concernant le RPDA, dit que d'après l'expérience des pays qui le pratiquent depuis de nombreuses années, il est bon et favorable aux familles s'il est correctement organisé et entièrement choisi par la patiente. Cependant il sera nuisible et mal vécu s'il n'est pas bien préparé ou imposé. (7)

Effectivement, comme le montre une étude réalisée au CH de Lorient, la majorité des femmes souhaitent partir au deuxième jour des suites de couches (87,6%) et aucune ré-hospitalisation n'a été mise en évidence à la suite d'une sortie RPDA. En effet, la prise en charge médicale nécessite moins d'intensité au-delà des deux premiers jours suivant la naissance ; elle peut alors être réalisée à domicile. De plus, la satisfaction des patientes est majoritairement bonne. En effet, la quasi-totalité des femmes s'estiment très satisfaites de la fréquence et de la durée des visites en post-partum réalisées par les sages-femmes libérales ainsi que de la qualité des soins délivrés. Concernant l'organisation de la sortie, 40% d'entre elles sont très satisfaites, 25% ne s'estiment cependant pas satisfaites. (11)

D'après Marina SALOME dans le cadre de son mémoire de fin d'études, 60% des femmes interrogées ont eu un très bon vécu de leur retour précoce à domicile et un quart en ont eu un bon vécu. (12)

4. A l'HME de Limoges

Le RPDA a été mis en place en septembre 2016, à l'Hôpital Mère et Enfant (HME) de Limoges.

L'organisation se présente de la même manière que pour le PRADO standard ; la sage-femme qui réalisera le suivi à domicile, est choisie par l'accouchée. L'équipe médicale s'assure ensuite de la planification du suivi afin que la sortie se fasse dans les meilleures conditions.

En avril 2016, un protocole a été mis en place à l'HME pour faciliter l'organisation du RPDA.(13)

Des critères supplémentaires d'éligibilité ont été instaurés en plus de ceux recommandés par la HAS. En effet, certaines situations sont exclues telles que : la primipare allaitant au sein et la présence de certains antécédents dans la fratrie (décès néonatal, Mort Subite Inattendue du Nourrisson (MSIN), ictère néonatal traité et pathologies périnatales sévères).

Concernant le nouveau-né, une surveillance particulière est réalisée. Une mesure de la saturation en oxygène est effectuée le jour de la sortie et les dépistages néonataux doivent être réalisés avant la sortie. Si la mère est de groupe sanguin « O », un groupe sanguin et un Coombs au nouveau-né doivent être impérativement effectués avant la sortie. De plus, l'ictère doit être surveillé : si une Bilirubinémie Totale Sanguine (BTS) est réalisée au nouveau-né, elle doit se situer dans la zone de faible risque de la courbe de Bhutani. L'examen pédiatrique de sortie doit être impérativement effectué par un pédiatre senior le jour même.

Une sortie RPDA ne peut être autorisée qu'avec l'accord de la patiente, de la sage-femme, du pédiatre ayant réalisé l'examen du nouveau-né le jour de la sortie ainsi que la sage-femme responsable du service de maternité.

Les sorties RPDA se font uniquement du lundi au jeudi : les vendredis, samedis, dimanches, jours fériés ainsi que les veilles de jours fériés sont exclus, car une sage-femme libérale doit pouvoir rendre visite au couple mère-enfant dans les premières 24 h suivant la sortie de la maternité.(13)

Le protocole renseigne également sur l'organisation prévue en cas de retours des couples mère-enfant et le service est continuellement joignable par téléphone.(13)

Depuis sa mise en place sur une durée de 1 an, seulement 40 sorties RPDA ont été effectuées.

Le RPDA met en lien 3 acteurs majeurs : la maternité, les sages-femmes libérales, et le couple mère-enfant.

Dans certaines situations, la mère et l'enfant répondent aux critères d'éligibilité, la sortie RPDA est donc organisée. L'apparition de complications chez la mère ou chez son nouveau-né lors du séjour à la maternité peut rendre finalement le couple non éligible. La sortie planifiée sera alors annulée. Cela peut poser des questions d'organisation aussi bien pour les sages-femmes hospitalières que libérales.

D'après Marion COULY dans le cadre de son mémoire de fin d'études, le PRADO permet aux sages-femmes libérales de réaliser un suivi global des patientes jusqu'au post-partum, de réitérer les conseils de sortie prodigués aux accouchées à la maternité et de faire connaître le métier de sage-femme. De plus, la quasi-totalité des sages-femmes du Limousin acceptaient de rendre visite à toutes les patientes dans le cadre du PRADO. Cependant, elle a également soulevé l'insatisfaction générale des sages-femmes libérales concernant les transmissions faites par la maternité notamment sur les antécédents de la patiente, son contexte socio-économique ainsi que le résumé de son séjour en maternité.(14)

De plus, aucune étude n'a été réalisée jusqu'à présent sur le RPDA à l'HME de Limoges, il serait intéressant de savoir si les avantages et difficultés évoqués par les sages-femmes libérales concernant le PRADO sont applicables au RPDA.

A partir de ce constat, l'objectif principal de cette étude a été de mettre en évidence les freins rencontrés à la pratique du RPDA par les sages-femmes hospitalières de l'HME de Limoges et libérales du territoire de la Haute-Vienne. Secondairement, nous avons comparé leurs motivations à la réalisation de celui-ci.

Deuxième partie : Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale afin de recueillir le positionnement des sages-femmes libérales et hospitalières sur le RPDA. Cette étude a été réalisée par le biais de deux questionnaires, un à destination des sages-femmes libérales (Annexe 1.) et un pour les sages-femmes hospitalières (Annexe 2.), envoyés par mail entre mars et fin novembre 2018. Une relance a été effectuée en septembre 2018.

2. Population

Notre enquête a concerné :

- Les sages-femmes libérales exerçant en Haute-Vienne et réalisant le suivi post-natal à domicile pour les patientes ayant accouché à l'HME de Limoges.
- Les sages-femmes hospitalières de l'HME exerçant dans les services de salles de naissances et de suites de couches.

Par conséquent, les sages-femmes libérales ne réalisant pas de suivi à domicile après l'accouchement ainsi que les sages-femmes hospitalières exerçant uniquement dans d'autres secteurs ont été exclues.

La population était donc de 19 sages-femmes libérales et de 52 sages-femmes hospitalières.

3. Paramètres étudiés

- Dans un premier temps, nous avons étudié les caractéristiques personnelles des deux populations, à savoir : l'âge, l'année d'obtention du Diplôme d'Etat (DE) de sage-femme, le type d'exercice...
- Puis, nous avons analysé ce qui concerne le RPDA : la réalisation de ce type de suivi, leurs avis sur les freins et les avantages du RPDA aussi bien pour les sages-femmes que pour les couples mère-enfant, la demande des familles à en bénéficier...
- Ensuite, nous avons évalué la satisfaction des sages-femmes libérales ayant réalisé le suivi RPDA, concernant les transmissions faites par la maternité au sujet de la mère et de l'enfant. Pour les sages-femmes hospitalières, l'intérêt de chaque élément transmis a été exploré ainsi que les bénéfices d'une réunion avec les sages-femmes libérales pour améliorer ces transmissions.
- Pour conclure, le positionnement des sages-femmes et les améliorations possibles pour favoriser le développement du RPDA ont été recherchés.

Les deux types de questionnaires comportent des variables majoritairement similaires dans le but de réaliser des comparaisons entre les deux populations mais ne peuvent être identiques car ces dernières n'ont pas la même activité.

4. Analyses statistiques

Les données issues des réponses de chaque questionnaire ont été retranscrites dans un tableur Microsoft Office Excel® puis exploitées par le site en ligne BiostaTGV®.

Les résultats issus des variables qualitatives ont été exprimés sous forme de pourcentage. Une comparaison de pourcentages a été effectuée par la réalisation de tests du Chi-deux pour séries indépendantes et de tests exacts de Fisher.

Les résultats issus des variables quantitatives ont été exprimés sous forme de moyenne, dont une comparaison a été réalisée via un test non paramétrique de Man et Whitney pour séries indépendantes.

Nous avons utilisé un risque de première espèce α de 5%, et calculé un intervalle de confiance à 95% (IC95%). Nous avons pris un degré de significativité de 0,05 (valeur de p).

Troisième partie : Résultats

1. Résultats

17 sages-femmes libérales et 45 sages-femmes hospitalières ont répondu à notre étude, ce qui représente respectivement 89,5 % et 86,5 % de chaque population.

1.1. Caractéristiques personnelles

1.1.1 Concernant les sages-femmes libérales

L'âge moyen des sages-femmes libérales de la Haute-Vienne ayant participé à l'étude est de 39 ans. La plus jeune a 25 ans, la plus âgée 57 ans.

Le diplôme de sage-femme le plus récent date de 2016, le plus ancien de 1985.

La moyenne d'années d'expérience libérale est de 9,9 ans. Le nombre d'années d'expérience libérale va de 1 à 25 années.

11 sages-femmes libérales ont eu une expérience hospitalière allant de moins d'un an à 18 ans avec une moyenne de 7,9 ans. 6 sages-femmes libérales n'en ont jamais eu.

2 sages-femmes (12%) ne pratiquent pas le suivi RPDA à cause des freins à la pratique de ce dernier.

12 sages-femmes libérales (71%) sont d'accord pour prendre en charge de nouvelles patientes dans le cadre du RPDA. Sur les 5 sages-femmes ne souhaitant pas en prendre en charge :

- 1 car « ça prend trop de temps ».
- 1 car « c'est trop compliqué ».
- 1 car « il s'agit d'une situation à risque ».
- 2 ont répondu « Autre(s) » : le RPDA ne peut s'envisager que si la patiente est connue en anténatal, selon une sage-femme ; d'après une autre sage-femme, le courrier donné par la maternité n'est pas complet, entraînant un risque de passer à côté d'une pathologie.

1.1.2 Concernant les sages-femmes hospitalières

L'âge moyen des sages-femmes hospitalières ayant participé à l'étude est de 35 ans. La plus jeune a 23 ans, la plus âgée, 57 ans.

Le diplôme de sage-femme le plus récent date de 2018, le plus ancien de 1981.

La moyenne d'années d'expérience hospitalière est de 10,8 ans, elle va de moins d'un an à 29 ans.

2 sages-femmes ont travaillé en milieu libéral pour une durée inférieure à 1 an.

33 sages-femmes hospitalières (73%) ont réalisé la surveillance ou la sortie de maternité d'un couple mère-enfant ayant bénéficié du RPDA.

Parmi les 12 sages-femmes hospitalières (27%) n'ayant pas réalisé la surveillance ou la sortie de maternité de couples mère-enfant ayant bénéficié du RPDA :

- 8 n'en ont pas eu l'occasion (67%).
- 4 ne travaillent pas dans le service des suites de couches (33%).

1.2. Les freins à la pratique du RPDA

1.2.1 D'après les sages-femmes libérales

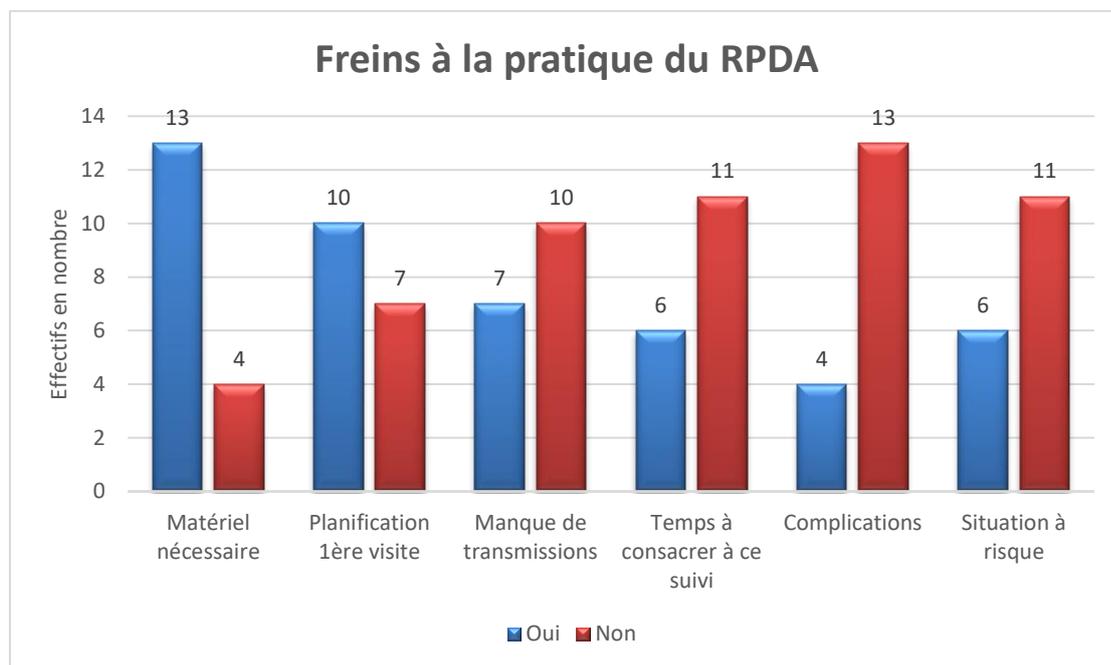


Figure 1 – Freins au RPDA selon les sages-femmes libérales

Le matériel nécessaire est le principal frein à la pratique du RPDA selon les sages-femmes libérales (n=13 / 76%), suivi de la planification de la 1^{ère} visite à domicile pour 10 d'entre elles (58,8%).

Cependant, le risque d'éventuelles complications n'est pas considéré comme un frein d'après ces dernières (n=13 / 76%).

Une sage-femme a répondu qu'il n'y avait aucun frein à la pratique du RPDA. Aucune sage-femme n'a trouvé d'autre frein à ceux proposés.

Concernant le matériel qu'elles ont en leur possession pour la surveillance du nouveau-né : toutes disposent d'une balance pédiatrique, 6 (35%) possèdent un appareil à glycémie capillaire ; cependant, aucune ne dispose d'un Bilirubinomètre Transcutanée (BTC).

Et, selon 14 sages-femmes libérales (82%), l'absence d'un ou plusieurs matériel(s) est un frein à leur pratique du RPDA.

1.2.2 D'après les sages-femmes hospitalières

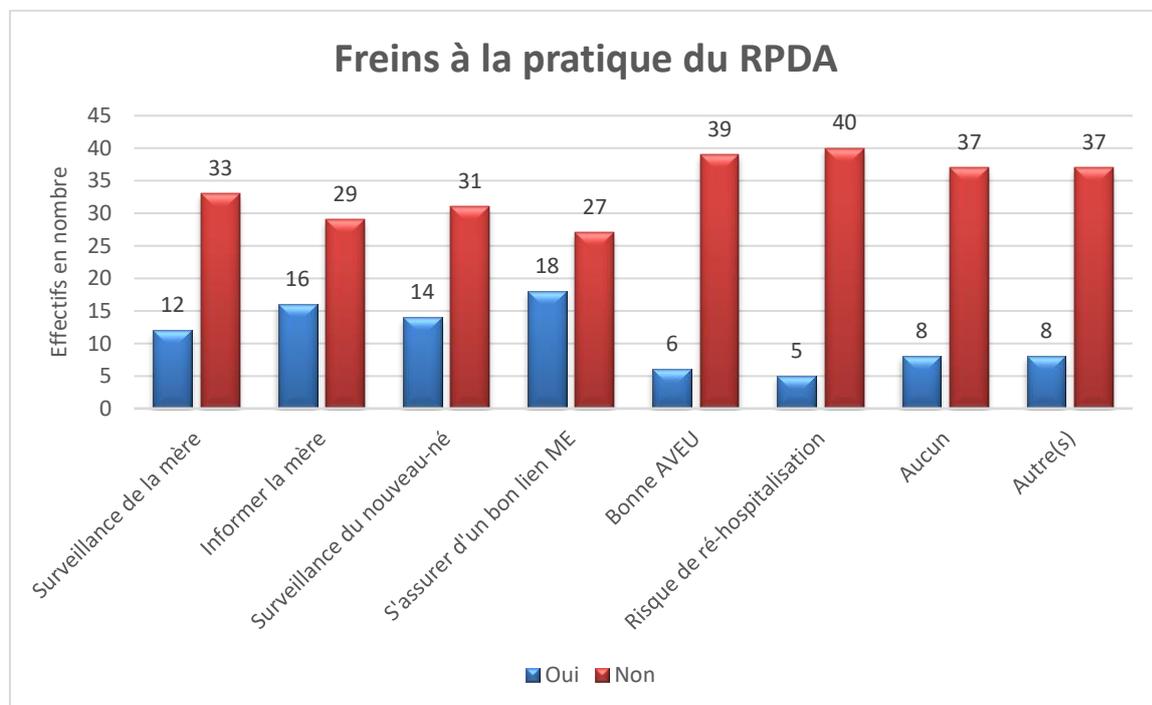


Figure 2 – Freins au RPDA selon les sages-femmes hospitalières

Aucun des items proposés n'est considéré par une majorité de sages-femmes comme un frein au RPDA.

Pour 18 sages-femmes hospitalières (40%), le principal frein au RPDA est la durée de séjour trop courte pour s'assurer de la mise en place d'un lien mère-enfant de qualité, puis la diminution du temps à consacrer pour conseiller et informer la mère (n=16 / 35%). Cependant le risque important de ré-hospitalisation et la durée d'hospitalisation trop courte pour s'assurer de la bonne adaptation à la vie extra-utérine ne sont pas considérés comme des freins au

RPDA selon la majorité des sages-femmes hospitalières (respectivement : n=40 / 89% ; n=39 / 87%).

Il n'existe pas de différence significative de point de vue entre les sages-femmes libérales et hospitalières concernant les items communs (complications/ré-hospitalisation, aucun et autre(s)).

1.3. D'un point de vue pratique

1.3.1 Les conseils et informations

Les sages-femmes ont été questionnées pour savoir, selon elles, quel(s) professionnel(s) doit (doivent) donner des conseils et informations sur différents points, concernant la mère et l'enfant : les sages-femmes hospitalières, libérales ou les deux.

1.3.1.1. Les conseils et informations concernant la mère

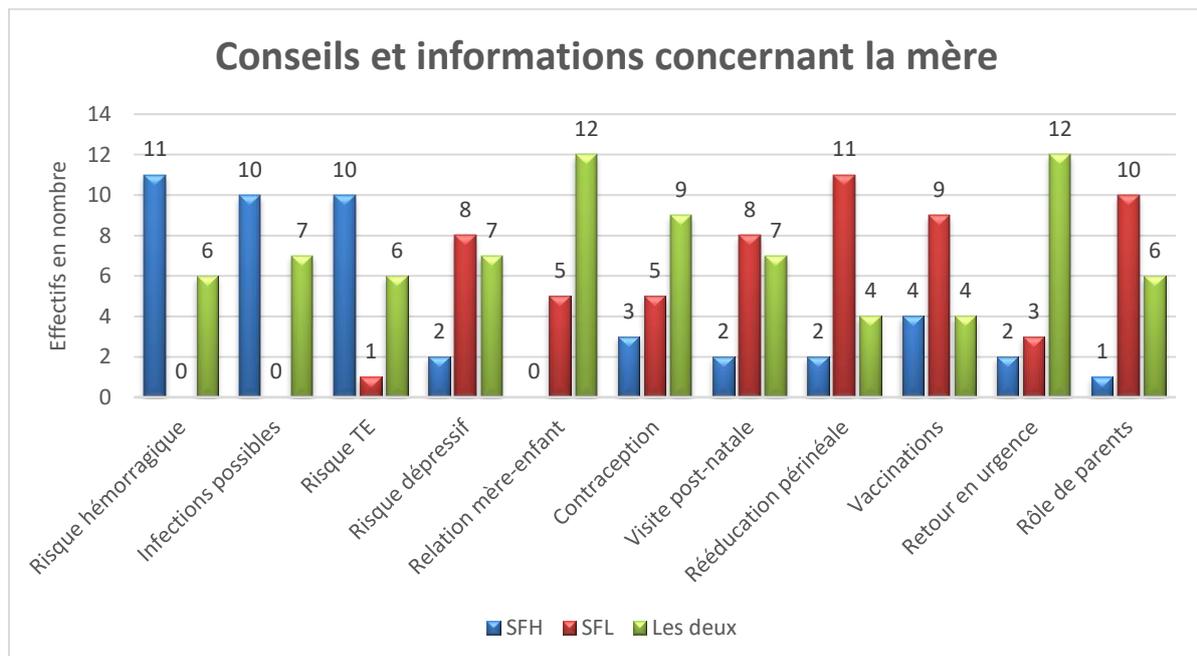


Figure 3 – Conseils et informations concernant la mère selon les sages-femmes libérales

Une majorité de sages-femmes libérales considèrent que :

- Les informations sur les risques hémorragique, infectieux et thrombo-embolique doivent être données par leurs consœurs hospitalières.

- Les conseils sur la rééducation périnéale, les vaccinations et le rôle de parents sont principalement de leur responsabilité.
- Les informations sur la relation mère-enfant, la contraception et les conseils de retour en urgence doivent être dispensés à la fois par les hospitalières et les libérales.

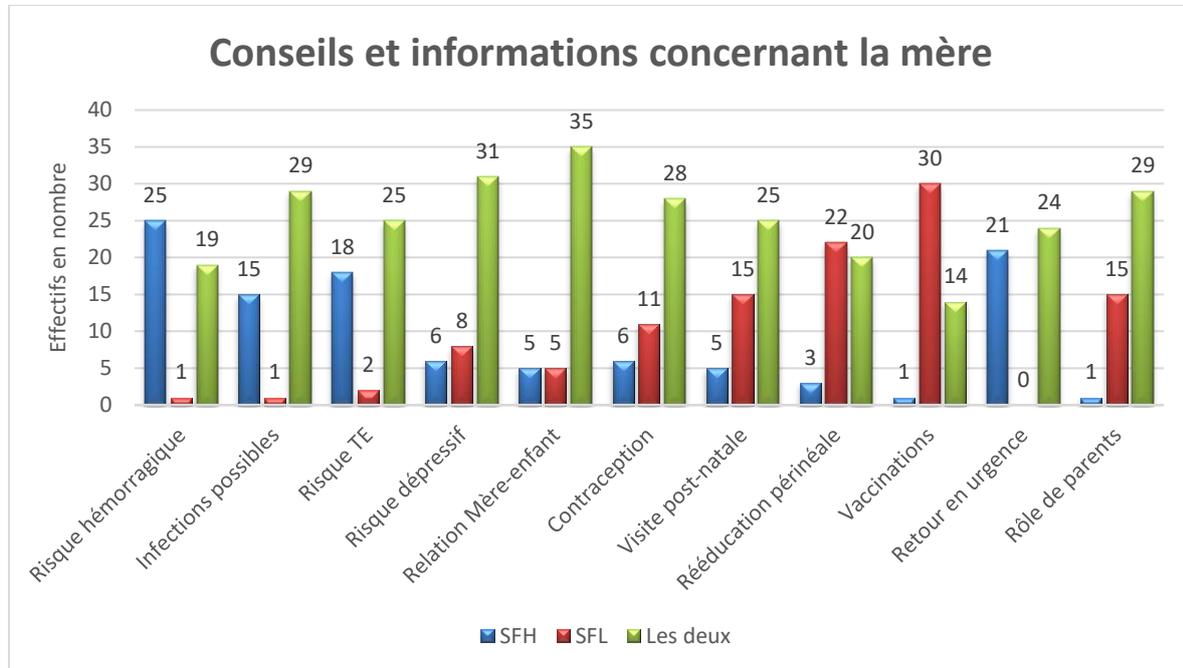


Figure 4 – Conseils et informations concernant la mère selon les sages-femmes hospitalières

Une majorité de sages-femmes hospitalières considèrent que :

- Les informations sur le risque hémorragique sont principalement de leur ressort.
- Les informations concernant les vaccinations doivent être dispensées par les sages-femmes libérales.
- L'ensemble des autres conseils et informations doivent être dispensés à la fois par les sages-femmes hospitalières et libérales.

Il existe une différence significative ($p=0,042$) entre les sages-femmes libérales et hospitalières concernant les conseils et informations sur le risque dépressif en post-partum. En effet, la plupart des sages-femmes hospitalières ($n=31 / 68,8\%$) considèrent que ce sujet doit être abordé à la fois par les libérales et hospitalières ; alors que les libérales pensent qu'informer les femmes sur le risque dépressif est plutôt de leur responsabilité.

Par ailleurs, il y a significativement plus de sages-femmes hospitalières qui considèrent que l'information sur les conseils de retour en urgence est de leur responsabilité plutôt que de celle des sages-femmes libérales ($p=0,0038$).

1.3.1.2. Les conseils et informations concernant le nouveau-né

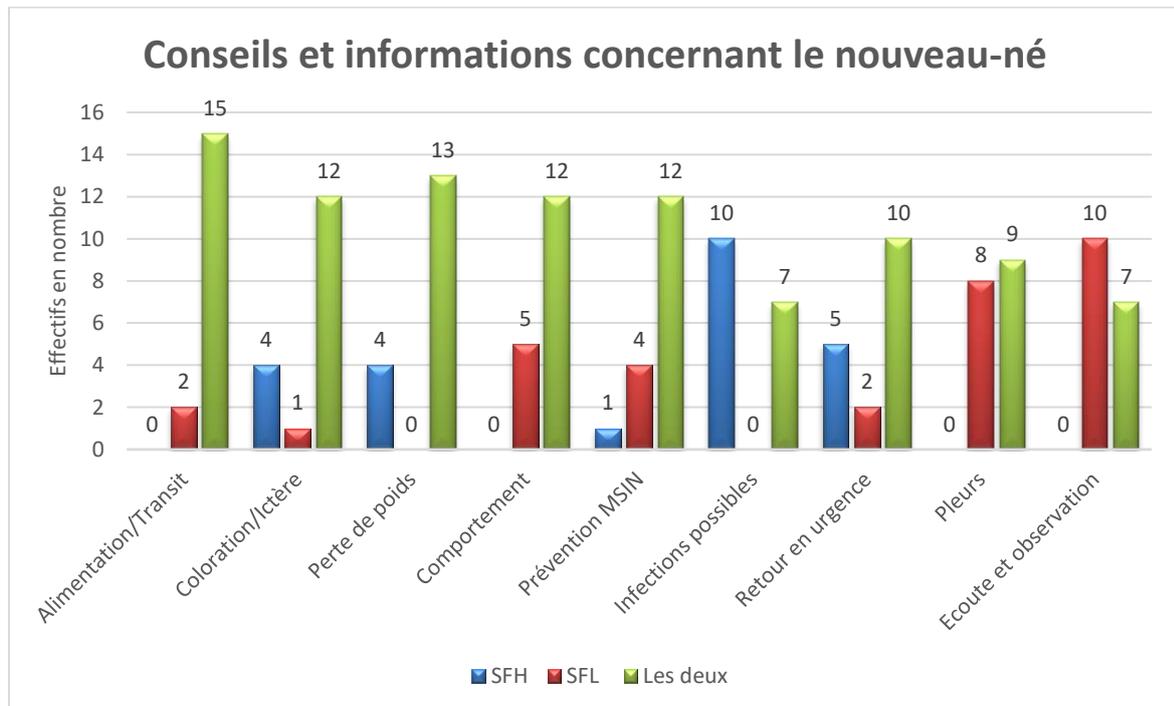


Figure 5 – Conseils et informations concernant le nouveau-né selon les sages-femmes libérales

La majorité des sages-femmes libérales pensent que :

- L'ensemble des conseils et informations concernant le nouveau-né doivent être délivrés à la fois par les sages-femmes hospitalières et libérales.
- L'apprentissage de l'écoute et de l'observation du nouveau-né serait plutôt de leur propre responsabilité.
- L'information sur le risque infectieux serait plus du ressort des sages-femmes hospitalières.

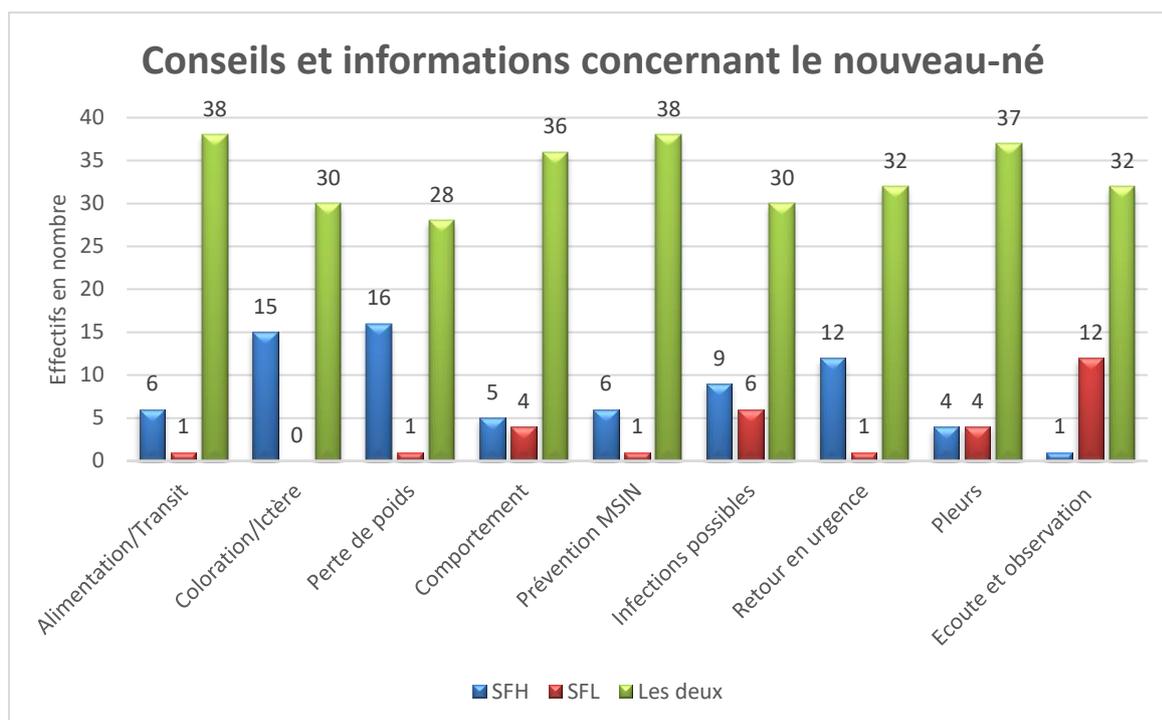


Figure 6 – Conseils et informations concernant le nouveau-né selon les sages-femmes hospitalières

Une grande majorité des sages-femmes hospitalières pensent que l'ensemble des conseils et informations concernant le nouveau-né doivent être dispensés à la fois par les sages-femmes hospitalières et libérales.

D'après les sages-femmes libérales, les conseils et informations sur le risque infectieux sont principalement du ressort des sages-femmes hospitalières, tandis que pour les hospitalières ils doivent être prodigués aussi bien à la maternité qu'à domicile ; et cette différence est significative ($p=0,014$).

De plus, les informations concernant l'écoute et l'observation du nouveau-né doivent être dispensées principalement par les sages-femmes libérales selon celles-ci alors que les sages-femmes hospitalières considèrent qu'elles doivent être dispensées à la fois par les libérales et les hospitalières, et cette différence est significative ($p=0,036$).

Il y a significativement plus de sages-femmes hospitalières qui pensent qu'informer sur les pleurs du nouveau-né et la prévention de la MSIN est autant de leur responsabilité que de celle des sages-femmes libérales (respectivement $p=0,0030$ et $p=0,021$).

1.3.2 Les transmissions

1.3.2.1. Concernant les sages-femmes libérales

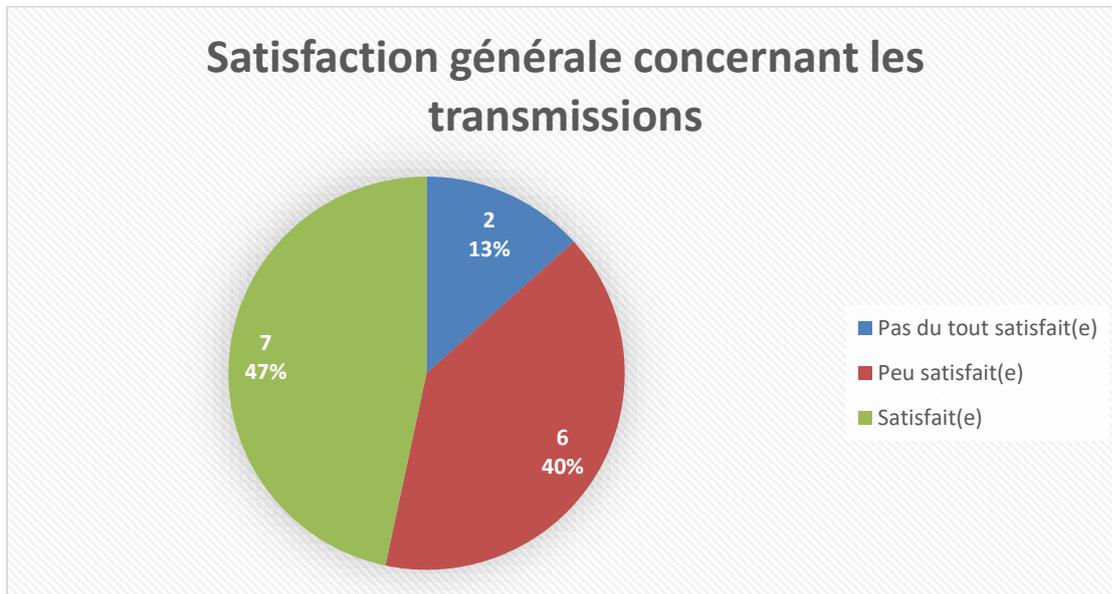


Figure 7 – Satisfaction générale des sages-femmes libérales concernant les transmissions

Sur les 15 sages-femmes ayant réalisé le suivi RPDA, 7 (47 %) sont satisfaites, 6 (40 %) peu satisfaites et 2 (13 %) pas du tout satisfaites des transmissions faites par la maternité. Aucune sage-femme n'est très satisfaite des transmissions.

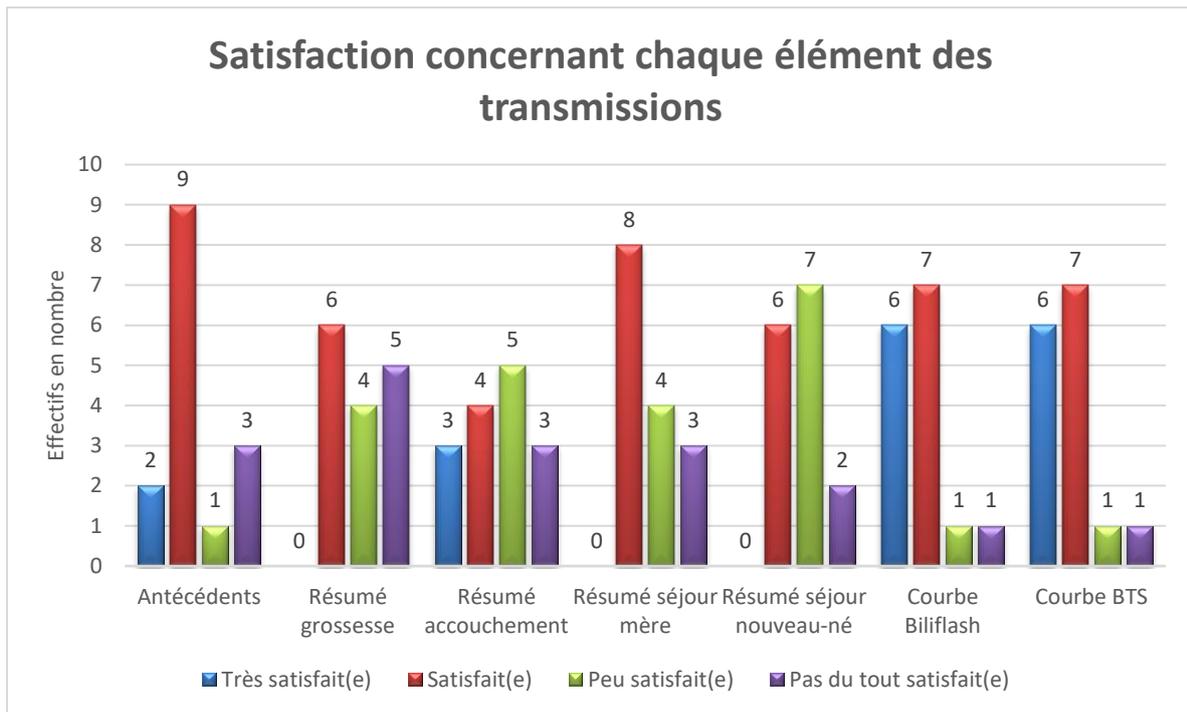


Figure 8 – Satisfaction détaillée des sages-femmes libérales sur chaque élément des transmissions

Une majorité de sages-femmes libérales sont peu ou pas du tout satisfaites des transmissions concernant les résumés de la grossesse, de l'accouchement et du séjour du nouveau-né en maternité ; cependant, une majorité d'entre elles sont satisfaites ou très satisfaites concernant les transmissions sur les courbes du Biliflash et de la BTS.

1.3.2.2. Concernant les sages-femmes hospitalières

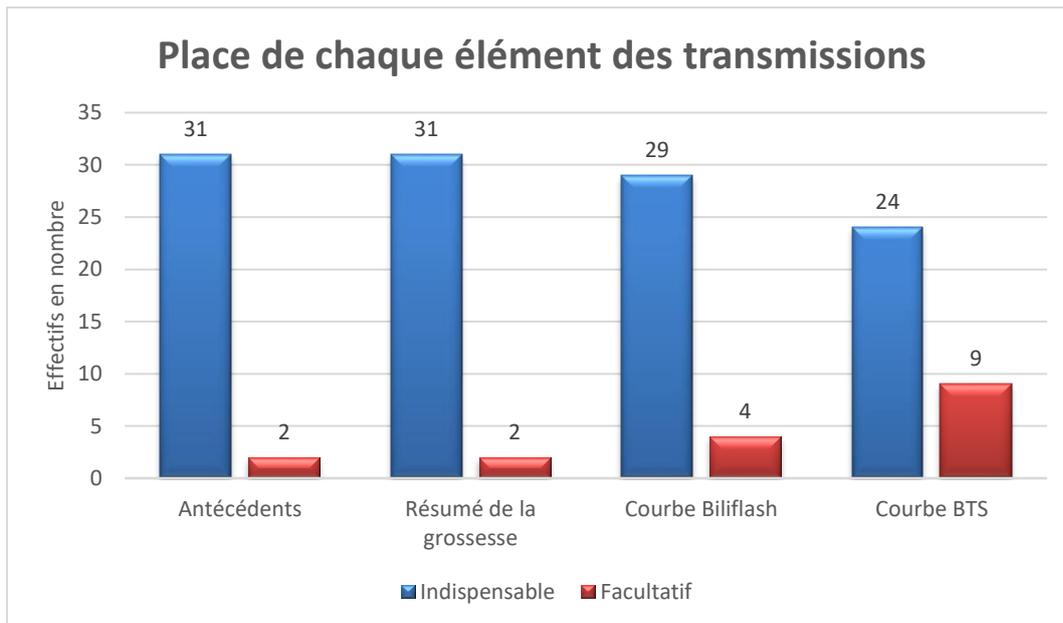


Figure 9 – Place de chaque élément des transmissions selon les sages-femmes hospitalières

Parmi les 33 sages-femmes hospitalières ayant réalisé le suivi et/ou la sortie de maternité de couples mère-enfant ayant bénéficié du RPDA, une grande majorité d’entre elles (n=31 / 94%) pensent que les transmissions concernant les antécédents de la mère et le résumé de sa grossesse sont des éléments indispensables. De plus, la totalité des sages-femmes considèrent que le résumé de l’accouchement, le résumé du séjour en maternité concernant la mère et concernant le nouveau-né sont indispensables.

1.3.3 Réunion entre sages-femmes libérales et hospitalières

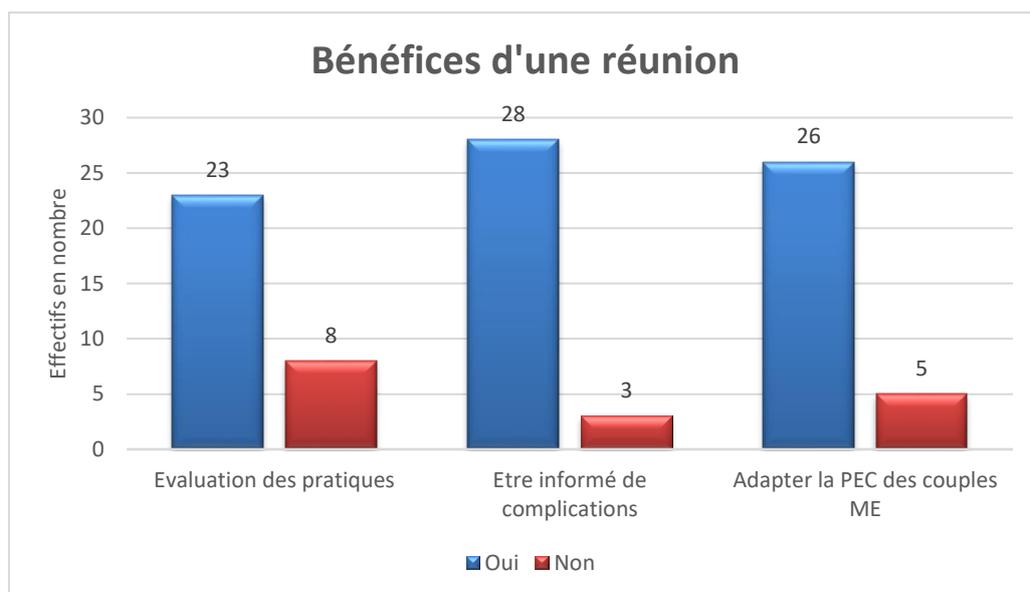


Figure 10 – Bénéfices d'une réunion

31 sages-femmes hospitalières (94%) pensent qu'une réunion annuelle avec les sages-femmes libérales sur le déroulement du suivi à domicile des couples mère-enfant serait bénéfique ; principalement pour être informé(e) d'éventuelles complications pour 28 d'entre elles (90%), mais également pour adapter la prise en charge des couples mère-enfant ainsi qu'évaluer les pratiques professionnelles.

Parmi les sages-femmes ayant répondu « Non » au bénéfice d'une réunion annuelle avec les sages-femmes libérales :

- 1 sage-femme dit que c'est parce « qu'il n'y a pas le temps ».
- 1 sage-femme a indiqué une « autre » raison : un retour est important pour améliorer différents points mais ne justifie pas une réunion.

1.4. Les avantages du RPDA

1.4.1 Pour les sages-femmes

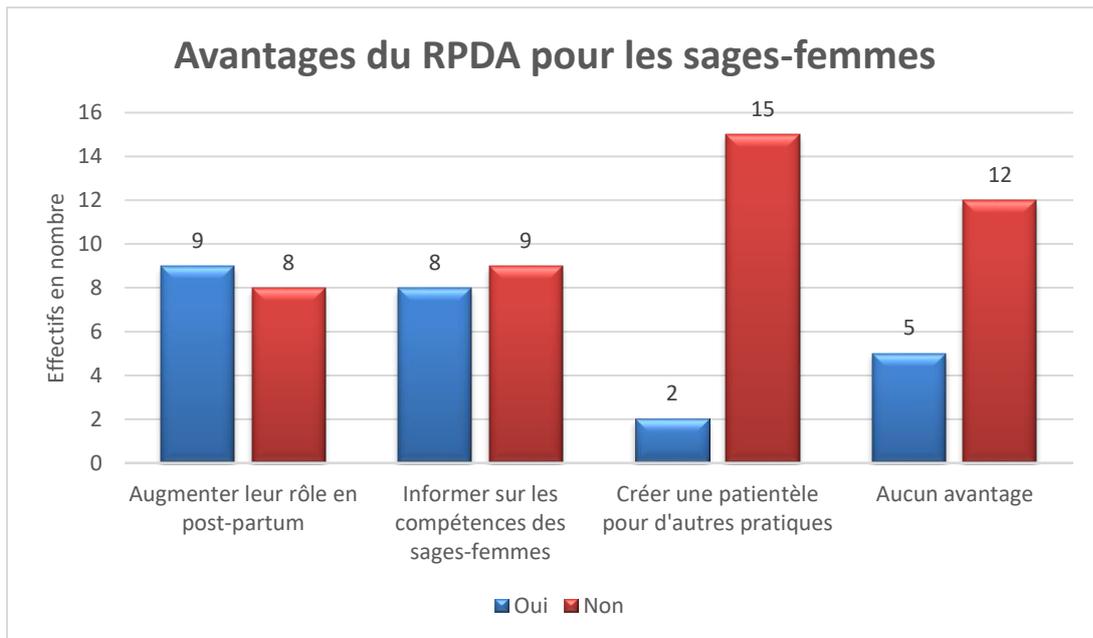


Figure 11 – Avantages de la pratique du RPDA pour les sages-femmes libérales

Pour 12 sages-femmes libérales (70%), le RPDA a un avantage pour leur pratique.

9 sages-femmes libérales (64,3%) pensent qu'elles ont un rôle plus important dans le post-partum grâce au RPDA ; cependant, pour 15 d'entre elles (88%) ce dernier ne leur permet pas de se créer une patientèle pour d'autres pratiques libérales.

Une sage-femme libérale dit que le RPDA a un autre avantage pour sa pratique qui est d'accompagner les femmes avec un discours suivi, contrairement à ce qui se passe en maternité.

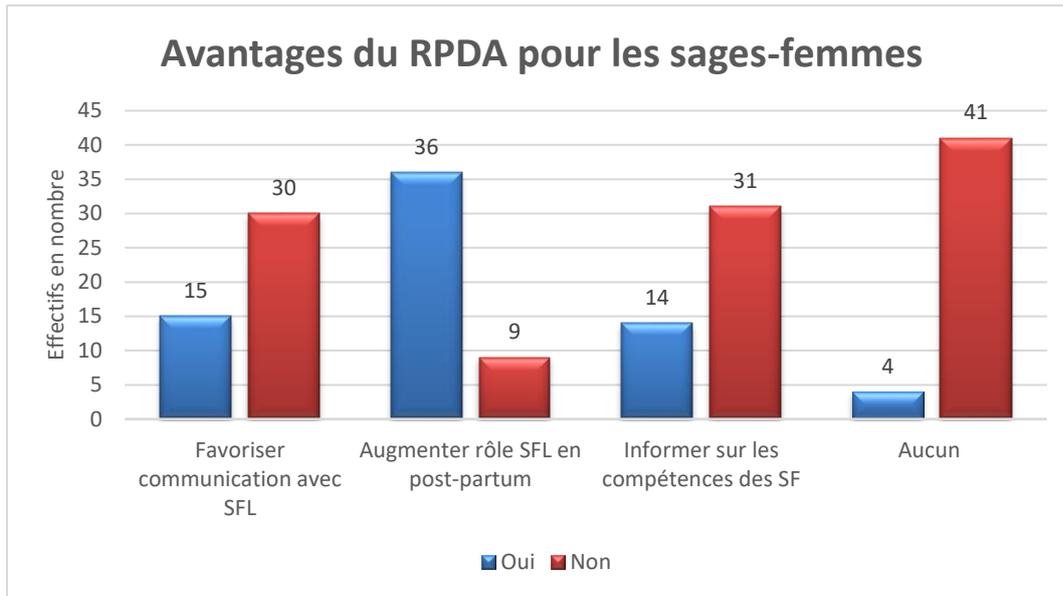


Figure 12 – Avantages du RPDA pour les sages-femmes libérales selon les hospitalières

Pour 41 sages-femmes hospitalières (91%), le RPDA a un avantage pour la pratique des sages-femmes libérales.

Pour 36 sages-femmes hospitalières (80%), le RPDA permet d'augmenter le rôle des sages-femmes libérales en post-partum, alors que 31 sages-femmes hospitalières (69%) pensent qu'il ne permet pas d'informer sur les compétences des sages-femmes.

1.4.2 Pour les familles

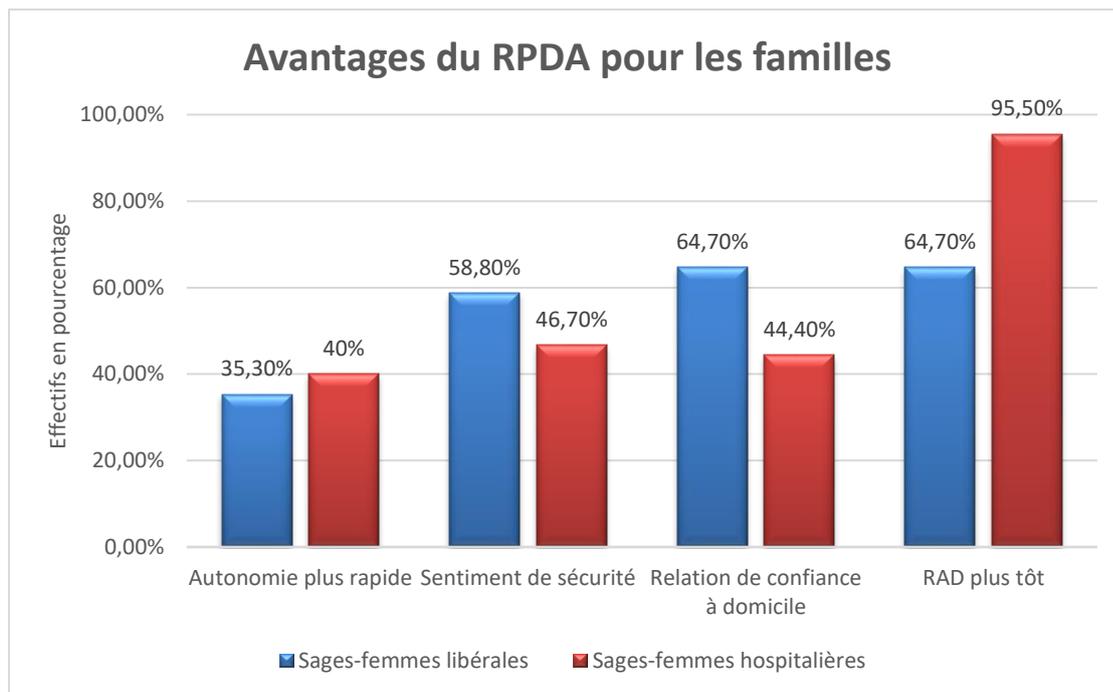


Figure 13 – Avantages du RPDA pour les familles selon les sages-femmes libérales et hospitalières

Toutes les sages-femmes libérales et hospitalières pensent que le RPDA a au moins un avantage pour les familles.

Parmi les sages-femmes libérales :

- 64,7% (n=11) pensent que le RPDA permet d'instaurer une relation de confiance à domicile et permet à certains couples de rentrer plus tôt chez eux.
- 58,8% (n=10) pensent que le RPDA permet d'instaurer un sentiment de sécurité grâce à la visite précoce à domicile.
- Une trouve qu'il y en a un autre : Pour les multipares, diminuer l'anxiété de la séparation d'avec le(s) aîné(s) et faciliter le repos.

Parmi les sages-femmes hospitalières :

- 95,5% (n=43) pensent que le RPDA permet un retour à domicile plus tôt.

Il y a significativement plus de sages-femmes hospitalières par rapport aux libérales qui pensent que le retour à domicile précoce soit un avantage du RPDA ($p=0,0038$).

Il n'y a pas de différence significative entre sages-femmes libérales et hospitalières concernant les autres items proposés.

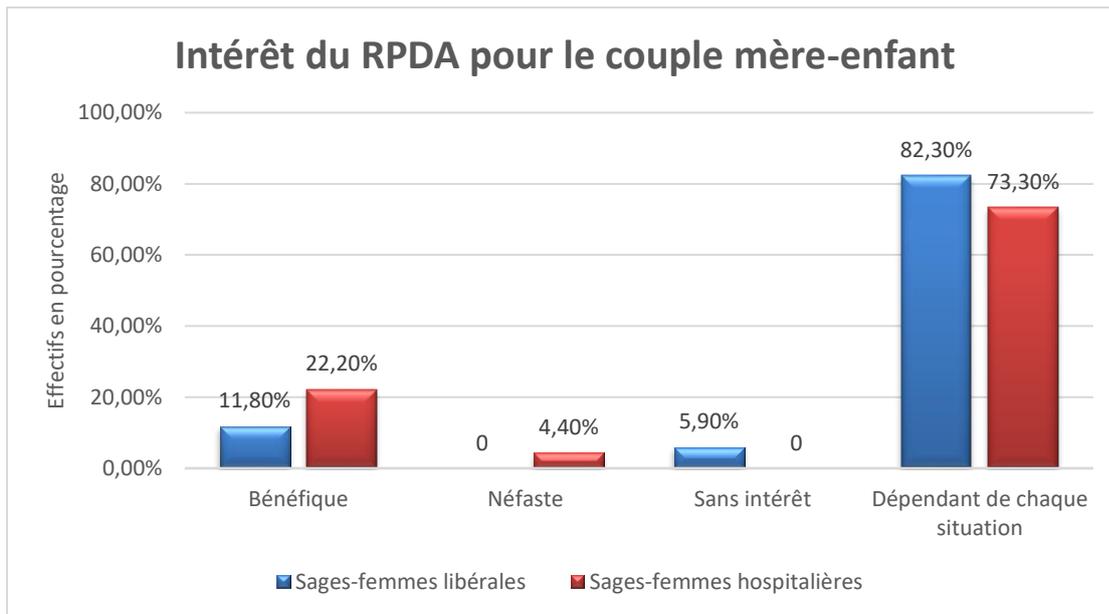


Figure 14 – Intérêt du RPDA pour le couple mère-enfant selon les sages-femmes libérales et hospitalières

- Pour la plupart des sages-femmes libérales (82,3% / n=14), le RPDA a un intérêt dépendant de chaque situation. Une pense qu'il n'a pas d'intérêt pour le couple mère-enfant. Cependant, le RPDA n'est néfaste au couple mère-enfant pour aucune d'entre elles.
- 73,3% des sages-femmes hospitalières (n=33) pensent que le RPDA a un intérêt dépendant de chaque situation. Aucune ne trouve que le RPDA n'a pas d'intérêt. Cependant, 4,4% (n=2) pensent que le RPDA est néfaste pour le couple mère-enfant.

Il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes libérales et hospitalières concernant l'intérêt du RPDA pour les familles.

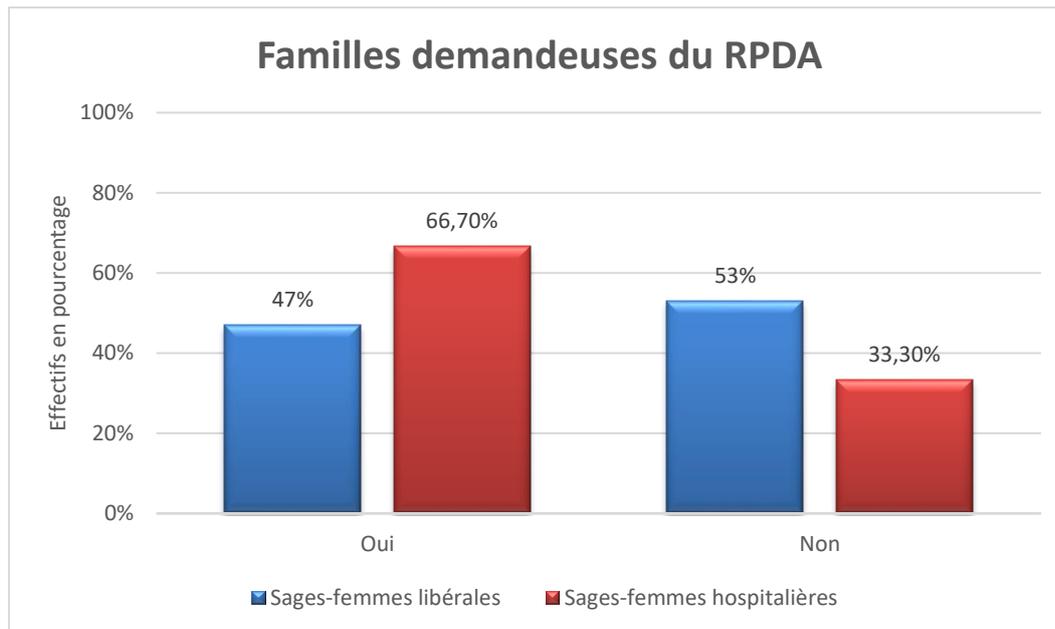


Figure 15 – Familles demandeuses du RPDA selon les sages-femmes libérales et hospitalières

- Pour 53% des sages-femmes libérales (n=9), les familles ne sont pas demandeuses du RPDA.
- Les familles sont demandeuses du RPDA pour 66,7% des sages-femmes hospitalières (n= 30).

Il n'existe pas de différence significative entre le point de vue des sages-femmes libérales et hospitalières concernant la demande du RPDA par les familles.

1.5. D'un point de vue personnel

1.5.1 Bénéfice personnel

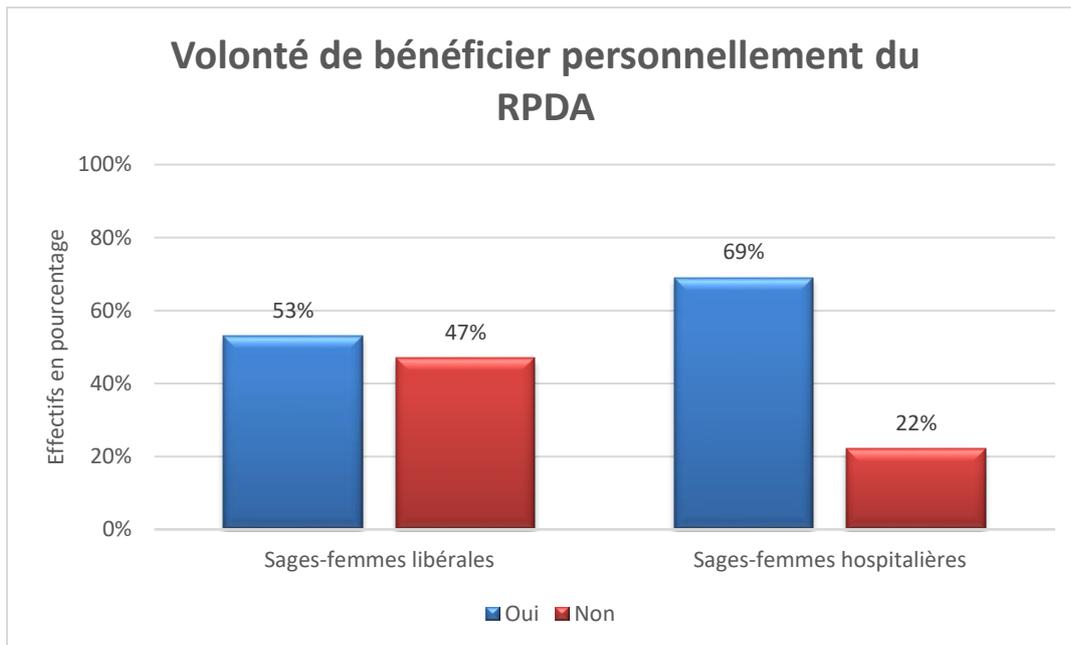


Figure 16 – Volonté des sages-femmes libérales et hospitalières à bénéficier personnellement du RPDA

- 53% des sages-femmes libérales (n=9) auraient aimé bénéficier personnellement du RPDA si on leur avait proposé lors de leur séjour à la maternité.
- 69% des sages-femmes hospitalières (n=31) auraient été d'accord pour bénéficier personnellement du RPDA, si celui-ci leur avait été proposé pendant leur séjour à la maternité.

La différence entre les sages-femmes libérales et hospitalières concernant la volonté de bénéficier personnellement du RPDA n'est pas significative ($p=0,089$).

1.5.2 Positionnement sur le RPDA

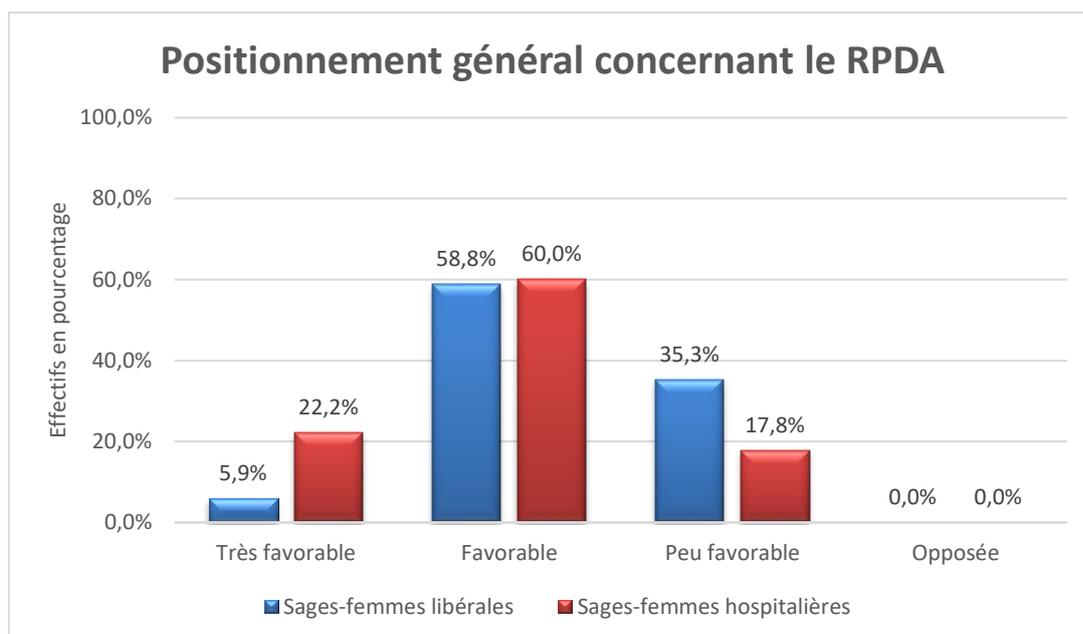


Figure 17 – Positionnement des sages-femmes libérales et hospitalières sur le RPDA

Parmi les sages-femmes libérales et hospitalières, aucune n'est opposée au RPDA.

- 1 sage-femme libérale est très favorable au RPDA et 10 (58,8%) y sont favorables.
- 10 sages-femmes hospitalières (22,2%) sont très favorables au RPDA et 27 (60%) y sont favorables.

Il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes libérales et hospitalières très favorables/favorables et peu favorables/opposées au RPDA.

Quatrième partie : Discussion

1. Points forts et limites de l'étude

Interrogeant à la fois les sages-femmes hospitalières et libérales de la Haute-Vienne, il s'agit de la première étude réalisée sur le RPDA à l'HME de Limoges depuis sa mise en place. De plus, nous avons établi deux questionnaires adaptés à l'activité de chaque population. Le taux de réponses important des sages-femmes libérales et hospitalières (respectivement 89,5% et 86,5%), permet de penser qu'elles ont été intéressées par notre sujet.

Cependant, une comparaison entre nos deux populations de sages-femmes n'a pu être réalisée sur chaque point étudié du RPDA du fait des différences entre certaines variables. Par ailleurs, nous pouvons relever un manque de puissance de notre étude du fait de nos faibles effectifs concernant chaque population, représentatifs de ces dernières.

Notre étude s'intéressait à l'HME de Limoges, elle ne peut donc être extrapolée à d'autres maternités.

Concernant les avantages à la pratique du RPDA, nous nous sommes intéressés à ceux qu'il peut conférer aux sages-femmes libérales ; cependant, nous n'avons pas étudié les avantages qu'il peut avoir pour les sages-femmes hospitalières.

2. Les freins rencontrés par les sages-femmes libérales et hospitalières à la pratique du RPDA

2.1. Les freins au RPDA pour les sages-femmes libérales

Concernant les sages-femmes libérales, le matériel nécessaire à la réalisation du RPDA est le principal frein à la pratique de ce dernier. En effet, aucune des sages-femmes interrogées ne dispose de BTC, et selon 82% d'entre elles, l'absence d'un ou plusieurs matériel(s) est un frein au RPDA.

Selon les recommandations de la HAS, dans le cadre d'une sortie précoce de maternité, l'ictère doit être quantifié (par l'intermédiaire du BTC ou de la BTS), or, lors d'une sortie standard, la quantification de l'ictère n'est pas obligatoire. (7)

Les sages-femmes libérales devraient donc investir dans l'achat d'un BTC (coût d'environ 3000 euros) tandis que le forfait de suivi post-natal de la mère et de l'enfant (entre J1 et J12 suivant l'accouchement) est identique entre les sorties standards et précoces de la maternité (SF16,5). (15) (16)

Seul un Dispositif Sortie Précoce (DSP) d'un montant de 25 euros peut être coté en plus lors de la première visite dans les 24 h suivant la sortie de maternité. (17)

Le faible taux de sorties précoces réalisées à l'HME de Limoges entre septembre 2017 et septembre 2018 (43 sorties) ne permettrait donc pas de rentabiliser l'achat d'un tel appareil. Cela explique pourquoi certaines sages-femmes libérales (n=2/12%) ne souhaitent pas réaliser le suivi post-natal pour les couples mère-enfant bénéficiant d'une sortie précoce de maternité.

Réfléchir à un nouveau forfait, différent de celui utilisé pour les sorties standards et plus avantageux, permettrait de rendre le RPDA plus intéressant pour les sages-femmes libérales et l'achat d'un BTC plus évident.

De plus, nous pouvons également nous demander si la quantification de l'ictère est indispensable sachant que les nouveau-nés autorisés à sortir précocement de maternité sont ceux à bas risque de complications.

En effet, le pic de bilirubine libre se situe entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour suivant la naissance, c'est-à-dire lorsque le nouveau-né n'est plus hospitalisé mais l'examen clinique de celui-ci ne permet pas de quantifier la bilirubine. (18)

La mise en évidence de facteurs de risque d'ictère a permis d'exclure du RPDA les nouveau-nés concernés, cependant les nouveau-nés bien portants et sans facteur de risques ne sont pas pour autant égaux vis-à-vis du métabolisme et de l'élimination de la bilirubine libre. L'ictère nucléaire est rare mais peut engendrer des conséquences gravissimes (notamment neurologiques) avec d'importantes variations inter-individuelles. (19)

En raison des sorties de maternité de plus en plus précoces et la crainte de réapparition de cas d'ictère nucléaire, la disposition d'un BTC paraît donc nécessaire dans le cadre du RPDA. De plus, en 2010, l'Académie nationale de médecine a fait connaître par le biais d'un communiqué, la ré-hospitalisation de plusieurs nouveau-nés pour ictère sévère. (18)

Depuis la mise en place du RPDA à l'HME de Limoges, aucune ré-hospitalisation de nouveau-né n'a eu lieu.

La planification de la première visite dans les 24 h suivant la sortie de maternité est également considérée comme un frein au RPDA pour 10 sages-femmes libérales (58,8%). En effet, pour pouvoir proposer une sortie précoce aux couples mère-enfant tous les jours de la semaine y compris les week-ends et jours fériés, il faut pouvoir s'assurer de la disponibilité d'une sage-femme libérale et qu'elle puisse rendre visite à la famille dans les 24 h suivant sa sortie. Cependant, lorsque nous avons contacté les sages-femmes libérales de la Haute-Vienne pour leur proposer de participer à notre étude, 4 des 19 sages-femmes contactées (21%) ne réalisaient pas de suivi post-natal le week-end, notamment du fait d'une charge de travail importante la semaine. Parmi les 15 autres sages-femmes contactées, 7 (36%) acceptaient

de rendre visite aux patientes dans le cadre d'un suivi post-natal le samedi, mais pas le dimanche.

Cela pose la question du développement du RPDA si la continuité des soins ne peut être envisagée.

Etant sous dotée en sages-femmes, la Haute-Vienne et principalement Limoges peut rencontrer des difficultés au développement du RPDA. (20)

D'après Barbara BONNIER, le suivi post-natal après une sortie précoce de la maternité du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, a pu être assuré par les sages-femmes libérales la semaine y compris les week-end et jours fériés grâce au versement d'indemnités à ces dernières sur le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). (11) Le RPDA est donc possible tous les jours de la semaine sans exception grâce à la continuité des soins à domicile proposée par les sages-femmes libérales. Cela permet également une valorisation du suivi post-natal réalisé à domicile par ces dernières.

Le manque de transmissions n'est pas considéré comme un obstacle au RPDA pour 10 sages-femmes libérales (58,8%). Cependant, la plupart d'entre elles ne sont pas ou peu satisfaites des transmissions données par la maternité concernant les résumés de la grossesse, de l'accouchement et du séjour du nouveau-né en maternité. Mais, une étude complémentaire serait nécessaire pour cerner précisément ce qui manque dans les transmissions actuelles.

D'autre part, la plupart des sages-femmes hospitalières considèrent qu'il s'agit d'éléments indispensables pour un suivi à domicile de qualité.

Bien que la fiche de liaison actuelle (Annexe 3.) soit conforme aux recommandations de la HAS pour une sortie précoce (7), il pourrait être pertinent de réfléchir à son évolution pour qu'elle puisse être mieux en adéquation avec les attentes des sages-femmes libérales.

De plus, une grande majorité de sages-femmes hospitalières considèrent qu'une réunion annuelle avec les sages-femmes libérales serait bénéfique aussi bien pour être informé(e) d'éventuelles complications à domicile que pour adapter la prise en charge des familles ; adapter la fiche de liaison à ce moment-là en fonction des attentes de chacun permettrait une meilleure prise en charge des couples mère-enfant.

2.2. Les freins au RPDA pour les sages-femmes hospitalières

Concernant les sages-femmes hospitalières, le RPDA n'a principalement pas de frein pour leur pratique. Or, 35% d'entre elles (n=16) estiment que la diminution du temps à consacrer pour conseiller et informer la mère lors d'une sortie précoce est une limite au RPDA. En effet, selon les sages-femmes hospitalières, une grande majorité des conseils et informations

concernant la mère et l'enfant doivent être dispensés à la fois à la maternité et en ville ; tandis que pour les sages-femmes libérales, un partage d'informations est davantage observé.

Nous pouvons nous demander si délivrer uniquement les informations indispensables en maternité et laisser certains conseils à la responsabilité de la sage-femme libérale (notamment sur le risque dépressif et le rôle de parents, ainsi que l'écoute et l'observation du nouveau-né) faciliterait la pratique du RPDA pour les sages-femmes hospitalières et serait sans doute plus adapté au couple, en lui évitant une charge d'informations trop importante.

Etablir un document à remettre aux patientes lors de la sortie de maternité comportant uniquement les conseils de sortie indispensables pour le retour à domicile serait intéressant.

Lors des visites à domicile, la sage-femme libérale pourra aborder, ultérieurement, des sujets qui seront peut-être plus faciles à intégrer pour la patiente à ce moment-là (exemple : la rééducation périnéale).

3. Les avantages du RPDA

3.1. Pour les sages-femmes

12 sages-femmes libérales (70%) considèrent que la pratique du RPDA leur confère un ou plusieurs avantage(s). En effet, 9 d'entre elles estiment qu'il leur permet d'avoir un rôle plus important en post-partum.

Il existe une tendance différente entre les sages-femmes hospitalières et libérales concernant le fait que le RPDA puisse augmenter le rôle des sages-femmes libérales en post-partum ; effectivement, 80% des sages-femmes hospitalières (n=36) considèrent que les libérales ont un rôle plus important en post-partum grâce au RPDA, tandis que seulement 53% des principales concernées (n=9) ont le même avis (p=0,07).

La sage-femme est un professionnel de santé ayant la compétence de surveiller aussi bien la mère que l'enfant lorsque les suites de couches sont physiologiques ; mais elle est également compétente pour dépister la pathologie et orienter le couple mère-enfant vers un médecin.

Une sortie précoce de maternité n'est autorisée que lorsque toutes les conditions sont réunies et que la situation est physiologique, cependant, des complications à domicile peuvent intervenir. Un professionnel médical est alors indispensable afin de les dépister et d'orienter la famille. (21)

La volonté de différencier les prises en charge suivant si la situation est à bas ou à haut risque de complications permet une meilleure articulation des compétences et des pratiques entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. Effectivement, comme le montre le

rapport de la Cour des Comptes de 2011, une grossesse, un accouchement et des suites de couches physiologiques ne nécessitent pas d'hyper-médicalisation et peuvent tout à fait être gérés par la sage-femme. De plus, cela permet une valorisation des actes à forte responsabilité de celles-ci et une plus grande disponibilité des gynécologues-obstétriciens pour les situations pathologiques, ce qui sera favorisé par la diminution au fil du temps de la densité de gynécologues médicaux tandis que le nombre de sages-femmes augmente. (21) (22)

3.2. Pour les familles

D'après deux tiers des sages-femmes hospitalières, la demande de RPDA viendrait de la famille tandis que seulement la moitié des sages-femmes libérales considèrent que la famille est à l'origine de la demande.

Selon Marina SALOME, dans le cadre de son mémoire de fin d'études de sage-femme, 63% des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce de maternité en avaient fait la demande, et 59% des patientes en avaient un très bon vécu. (12)

De plus, parmi les avantages du RPDA relatés par les patientes, le retour à domicile plus tôt y figurait dans les principaux. (12)

D'après quasiment deux tiers des sages-femmes libérales, le RPDA permet également aux familles d'instaurer une relation de confiance à domicile, avantage également évoqué par les femmes ayant bénéficié du RPDA interrogées par Marina SALOME. (12)

De plus, selon HATEM M et all, les femmes sont plus satisfaites des modèles de pratiques des sages-femmes comparés aux autres modèles de soins obstétricaux ; c'est pourquoi, la surveillance par la sage-femme doit être favorisée en cas de situation à bas risque de complications obstétricales. (23)

Évaluer la satisfaction des familles ayant bénéficié du RPDA à l'HME de Limoges concernant ce dernier serait intéressant, car de nos jours, le RPDA est basé sur un fondement essentiel qui est le choix de la famille. Mais, il est possible que la politique de santé s'oriente de plus en plus vers une quasi systématisation ou au moins une forte incitation du RPDA. Si c'était le cas, on pourrait craindre un vécu moins positif des familles comme le soulignait la HAS. (7)

Néanmoins, les sages-femmes hospitalières et libérales sont d'accord pour dire que le RPDA a un intérêt dépendant de chaque situation et du souhait de la famille.

Et 71% des sages-femmes libérales que nous avons interrogées, seraient prêtes à prendre en charge des patientes qu'elles ne connaissent pas, dans le cadre du RPDA, dans le but d'accompagner les familles dans le choix qu'elles ont fait.

De façon globale, le RPDA semble avoir de nombreux avantages. Mais, des ajustements sont nécessaires pour l'optimiser.

Conclusion

Cette étude visait à évaluer le positionnement des sages-femmes libérales et hospitalières concernant le RPDA à l'HME de Limoges.

Nous avons pu observer que les sages-femmes sont principalement favorables au développement de ce dernier ; néanmoins le RPDA a un intérêt dépendant de chaque situation d'après ces dernières. En effet, le choix et la volonté de la famille à bénéficier d'une sortie précoce de maternité sont indispensables au bon déroulement de celle-ci.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés aux freins que peut engendrer la pratique du RPDA pour les sages-femmes.

Selon les sages-femmes hospitalières, le RPDA n'aurait principalement pas de freins à leur pratique en maternité. Or, d'après les sages-femmes libérales, l'absence de matériel et notamment de BTC semble être le principal frein à leur pratique du RPDA. En effet, il s'agit d'un appareil indispensable à la quantification de l'ictère du nouveau-né dans le cadre d'une sortie précoce de maternité, cependant l'achat d'un tel appareil demande un investissement important. Disposer d'un forfait différent du PRADO, plus intéressant économiquement permettrait aux sages-femmes d'investir dans un BTC et de gratifier leur rôle dans le post-partum. Mais, cette hypothèse semble peu envisageable car la politique actuelle de santé ne va pas dans ce sens.

Envisager une meilleure répartition des conseils et informations entre les sages-femmes hospitalières et libérales afin qu'ils puissent être plus facilement assimilables par les couples est une autre piste de réflexion qui semble assez facile à mettre en œuvre. Ceci permettrait aussi de gagner du temps en allant à l'essentiel lors des conseils de sortie de la maternité.

La planification de la première visite à domicile dans les 24 h suivant la sortie de maternité, apparaît également comme une limite au développement du RPDA, d'après les sages-femmes libérales. A ce jour, les sorties précoces de maternité ne sont pas envisageables tous les jours de la semaine, notamment lorsque le RPDA nécessite une première visite le week-end ou les jours fériés. Etablir un tour de garde des sages-femmes libérales permettant d'assurer une continuité de prise en charge pourrait permettre le RPDA tous les jours de la semaine sans exception. Peut-être qu'avec un nombre croissant de sages-femmes libérales, cette proposition pourrait plus facilement s'envisager.

Organiser des temps de concertations entre libérales et hospitalières pourrait favoriser le RPDA en essayant de répondre aux souhaits de chacun ; notamment en réalisant une nouvelle fiche de liaison pour les sages-femmes libérales, et en étant informées d'éventuelles complications à domicile pour les sages-femmes hospitalières.

Dans un second temps, nous avons évalué les avantages que peut conférer le RPDA aux sages-femmes libérales. La pratique de ce dernier permet principalement d'augmenter leur rôle en post-partum en leur octroyant une importante responsabilité. En effet, surveiller la mère et l'enfant, dépister les éventuelles pathologies et orienter vers un médecin font pleinement partis des compétences de la sage-femme.

Evaluer la réalisation et le développement du RPDA dans des maternités similaires à l'HME de Limoges (type 3) nous semble intéressant afin d'observer leurs pratiques, les freins rencontrés par les sages-femmes libérales et hospitalières, ainsi que les éventuels moyens mis en place pour y remédier.

Interroger les familles ayant bénéficié d'un retour précoce à domicile nous paraît également important dans le but d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis du RPDA ainsi que leur vécu. En effet, nous pouvons nous demander, si dans les temps à venir, pour des raisons principalement économiques, le RPDA ne deviendrait pas une généralité et une banalité.

De plus, selon les recommandations de la HAS, il n'y a pas de limite minimale de durée de séjour en maternité à partir du moment duquel nous pouvons parler de sortie précoce, ce qui peut mettre en difficulté les professionnels de santé devant des demandes de sortie de plus en plus précoces. (7)

Nous pouvons nous demander si cela ne pourrait pas entraîner des dérives avec des demandes de sortie très précoce et par la suite une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale nécessitant des éventuelles ré-hospitalisations.

Mais, tel qu'il est proposé actuellement, ce problème n'existe pas. Il est juste nécessaire d'envisager des améliorations qui, pour la plupart semblent assez faciles à mettre en œuvre avec une concertation ville-hôpital.

Références bibliographiques

1. DREES. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures [Internet]. 2012 oct. Report No.: n°814. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er814.pdf>
2. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). (Art. R. 712-88.). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&categorieLien=id>
3. DGOS. Financement des établissements de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2010 [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
4. équipe de la MT2A. La Tarification des établissements de santé. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf
5. IRDES. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>
6. DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>
7. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
8. l'Assurance Maladie. JE SUIS SUIVIE À DOMICILE APRÈS MON ACCOUCHEMENT [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4082/document/suivi-post-accouchement_assurance-maladie.pdf
9. PRADO - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Organisation-de-l-offre-de-soins/PRADO>
10. CIANE. Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>
11. BONNIER B et al. Retour Précoce à Domicile après Accouchement : entre recommandations et expérimentations. [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2010/mip/groupe_6.pdf

12. SALOME M. Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité Port-Royal [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058433/document>
13. Protocole : Sorties PRADO précoce de la maternité de l'HME : règles de fonctionnement au moment de la mise en place.
14. COULY M. Satisfaction des sages-femmes libérales du Limousin concernant le PRADO : PRogramme d'Acompagnement du retour à DOmicile.
15. ANSFL. BILIRUBINOMETRE POUR LES SORTIES PRECOCES : REFLEXION ET POSITION DE L'ANSFL [Internet]. ANSFL. 2017 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://ansfl.org/actualites/bilirubinometre-pour-les-sorties-precoces-reflexion-et-position-de-lansfl/>
16. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/525504/document/ngap_01.03.2019-assurance_maladie.pdf
17. ONSSF Cotations en NGAP [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
18. Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2010 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/resurgence-de-lictere-nucleaire-ou-encephalopathie-de-la-bilirubine/>
19. CORTEY A. Sorties précoces et ictère [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/JDR/2016/lct%C3%A8re%20et%20sortie%20pr%C3%A9coce%20maternit%C3%A9%20Dr%20A.CORTEY.pdf>
20. ARS Nouvelle Aquitaine. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Zonages_Conv_SF_04_2017_au_31_12_2015.pdf
21. La Cour des Comptes. Chapitre 6 : le rôle des sages-femmes dans le système de soins [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2011_rol_e_sages_femmes_systeme_de_soins_6.pdf
22. ARS Grand Est. Projet Régional de Santé 2018-2027 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
23. Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Pratiques_des_sages-femmes.pdf

Annexes

Annexe 1. Questionnaire pour les sages-femmes libérales.....	43
Annexe 2. Questionnaire pour les sages-femmes hospitalières	47
Annexe 3. Fiche de liaison maternité/ville de l'HME de Limoges.....	51

Annexe 1. Questionnaire pour les sages-femmes libérales

Sages-femmes hospitalières et libérales : points de vue sur le RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement) à l'HME de Limoges.

I- Caractéristiques personnelles

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année avez-vous obtenu le Diplôme d'Etat de sage-femme ?
- 3) Combien d'années d'expérience avez-vous en secteur libéral ?
- 4) Avez-vous travaillé en milieu hospitalier/clinique ?
 Oui Non
Si oui, combien d'années ?

II- Concernant le RPDA

- 5) Que vous ayez déjà participé ou non au RPDA, les principaux freins pratiques pour le faire, sont pour vous (**3** réponses possibles) :
 - Le matériel nécessaire (Bilirubinomètre Transcutané, pèse-bébé, appareil à dextro)
 - La planification de la 1^{ère} visite dans les premières 24 h après la sortie de la maternité
 - Le manque de transmissions
 - Le temps à consacrer à ce suivi par rapport à la cotation de l'acte
 - Le risque inhérent à ces sorties précoces (complications et ré-hospitalisations possibles)
 - Le fait de ne pas forcément connaître la patiente alors que c'est une situation qui est à risque
 - Aucun
 - Autres, précisez :
- 6) Que vous ayez déjà participé ou non au RPDA, êtes-vous ou seriez-vous d'accord pour prendre en charge des patientes bénéficiant du RPDA que vous ne connaissiez pas avant ?
 Oui Non
- 7) Si non, pourquoi ? (**1** seule réponse possible)
 - Ça prend trop de temps
 - C'est trop compliqué
 - Il s'agit d'une situation à risque
 - Autres, précisez :

8) Parmi les conseils et informations ci-dessous, selon vous, lesquels sont à dispenser par la sage-femme hospitalière et/ou la sage-femme libérale assurant le RPDA :

- **Concernant la mère :**

Mère	Sages-femmes hospitalières	Sages-femmes libérales	Les deux
Risque hémorragique			
Infections possibles			
Risque thrombo-embolique			
Risque de dépression			
La relation mère-enfant			
La contraception			
La visite post-natale			
La rééducation périnéale			
Les vaccinations			
Les conseils de retour en urgence			
Accompagnement dans le rôle de parents			

- **Concernant le nouveau-né :**

Nouveau-né	Sages-femmes hospitalières	Sages-femmes libérales	Les deux
L'alimentation/transit			
La coloration/risque d'ictère			
La perte de poids			
Le comportement			
La prévention de la Mort Subite du Nourrisson			
Les infections possibles			
Les conseils de retour en urgence			
Les pleurs du nouveau-né			
Apprentissage de l'écoute et de l'observation du nouveau-né			

9) Concernant le matériel servant à la réalisation de la surveillance paraclinique du nouveau-né, disposez-vous :

- D'un Bilirubinomètre Transcutané ?
- D'une balance pédiatrique ?
- D'un appareil à Dextro ?
- D'aucun matériel

10) Si non, pour au moins l'un des matériels cités précédemment, pensez-vous que l'absence du ou des matériel(s) peut, pour le RPDA :

- Etre un frein

Ne pas avoir d'influence

11) Globalement, pour le couple mère-enfant pensez-vous que le RPDA :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Est bénéfique | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est néfaste | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Est sans intérêt | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| A un intérêt dépendant de chaque situation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

12) Globalement, pensez-vous que les familles sont demandeuses de ce type de programme ?

Oui Non

13) Pour votre pratique libérale, les avantages du RPDA portent sur **(plusieurs réponses possibles)** :

- Augmenter le rôle de la sage-femme libérale en post-partum
 - Donner des informations sur les compétences des sages-femmes
 - Créer une patientèle pour d'autres pratiques libérales
 - Aucun avantage
 - Autres, précisez :
-

14) Pour les familles, les avantages du RPDA, selon vous, portent sur **(plusieurs réponses possibles)** :

- Autonomie plus rapide des patientes
 - Instaurer un sentiment de sécurité (visite précoce à domicile)
 - Possibilité d'instaurer une relation de confiance à domicile
 - Permettre à certains couples mère-enfant de rentrer plus tôt chez eux
 - Aucun avantage
 - Autres, précisez :
-

15) Effectuez-vous ou avez-vous effectué un ou des suivi(s) dans le cadre du RPDA ?

Oui Non

16) Si non, pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas le suivi RPDA ?

- En lien avec les freins de la question 5
 - Pas eu l'occasion
 - Autres, précisez :
-

(Passez à la question 19)

III- Vous avez déjà réalisé un suivi dans le cadre du RPDA

17) Globalement, êtes-vous satisfait(e) des transmissions faites par la maternité au sujet du couple mère-enfant ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Pas du tout satisfait(e)

18) Concernant chaque élément des transmissions, êtes-vous :

Satisfaction transmissions	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)
Antécédents				
Résumé de la grossesse				
Résumé de l'accouchement				
Résumé du séjour en maternité concernant la mère				
Résumé du séjour en maternité concernant le nouveau-né				
La courbe du Biliflash				
La courbe de la BTS				

Pour conclure

19) Si vous avez des enfants, auriez-vous aimé bénéficier du RPDA ?

- Oui
- Non

20) De façon globale vis-à-vis du RPDA ; du principe de raccourcir le séjour en maternité et de renforcer le suivi à domicile, êtes-vous :

- Très favorable
- Favorable
- Peu favorable
- Opposée

21) Quelles améliorations pourraient-être apportées selon vous pour favoriser le développement du RPDA ?

.....

.....

Annexe 2. Questionnaire pour les sages-femmes hospitalières

Sages-femmes hospitalières et libérales : points de vue sur le RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement) à l'HME de Limoges.

I- Caractéristiques personnelles :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année avez-vous obtenu le Diplôme d'Etat de sage-femme ?
- 3) Combien d'années avez-vous pratiqué en secteur hospitalier ?
- 4) Avez-vous travaillé en secteur libéral ?
 Oui Non
Si oui, combien d'années ?

II- Concernant le RPDA :

- 5) Que vous ayez déjà participé ou non au RPDA, les principaux freins pratiques à celui-ci sont, pour vous (**3** réponses possibles) :
 - La diminution du temps à consacrer pour la surveillance clinique et paraclinique de la mère
 - La diminution du temps à consacrer pour les conseils et informations à la mère
 - La complexité de la surveillance du nouveau-né
 - Durée d'hospitalisation trop courte pour s'assurer de la mise en place d'un lien mère-enfant de qualité
 - Durée d'hospitalisation trop courte pour s'assurer de la bonne adaptation à la vie extra-utérine
 - Risque important de ré-hospitalisation
 - Aucun
 - Autres, précisez :
- 6) Parmi les conseils et informations ci-dessous, selon vous, lesquels sont à dispenser par la sage-femme hospitalière et/ou la sage-femme libérale assurant le RPDA :

- **Concernant la mère :**

Mère	Sages-femmes hospitalières	Sages-femmes libérales	Les deux
Risque hémorragique			
Infections possibles			
Risque thrombo-embolique			
Risque de dépression			
La relation mère-enfant			
La contraception			
La visite post-natale			
La rééducation périnéale			
Les vaccinations			
Les conseils de retour en urgence			
Accompagnement dans le rôle de parents			

- **Concernant le nouveau-né :**

Nouveau-né	Sages-femmes hospitalières	Sages-femmes libérales	Les deux
L'alimentation/transit			
La coloration/risque d'ictère			
La perte de poids			
Le comportement			
La prévention de la Mort Subite du Nourrisson			
Les infections possibles			
Les conseils de retour en urgence			
Les pleurs du nouveau-né			
Apprentissage de l'écoute et de l'observation du nouveau-né			

- 7) Globalement, pour le couple mère-enfant pensez-vous que le RPDA (une seule réponse possible) :
- Est bénéfique
 - Est néfaste
 - Est sans intérêt
 - A un intérêt dépendant de chaque situation
- 8) Globalement, pensez-vous que les familles sont demandeuses de ce type de programme ?
- Oui Non
- 9) Pour la pratique de sage-femme, les avantages du RPDA portent sur **(plusieurs réponses possibles)** :
- Favoriser la communication avec les sages-femmes libérales
 - Augmenter le rôle des sages-femmes libérales en post-partum

- Donner des informations sur les compétences des sages-femmes
 - Aucun avantage
 - Autres, précisez :
-

10) Pour les familles, les avantages du RPDA, selon vous, portent sur **(plusieurs réponses possibles)** :

- Autonomie plus rapide des patientes
 - Instaurer un sentiment de sécurité (visite précoce à domicile)
 - Possibilité d'instaurer une relation de confiance à domicile
 - Permettre à certains couples mère-enfant de rentrer plus tôt chez eux
 - Aucun avantage
 - Autres, précisez :
-

11) Avez-vous réalisé la surveillance de couples mère-enfant bénéficiant d'une sortie RPDA et/ou validé une sortie se faisant avec le RPDA ?

- Oui Non

12) Si non, pour quelle raison ?

- Ne travaille pas dans le service des suites de couches
 - Pas eu l'occasion
 - Autres, précisez :
-

(Passez à la question 17)

III- Vous avez déjà réalisé un suivi dans le cadre du RPDA :

13) Pensez-vous qu'une réunion annuelle avec les sages-femmes libérales, sur le déroulement du suivi à domicile des couples mère-enfant serait bénéfique ?

- Oui Non

14) Si oui, pour quelle(s) raison(s) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Evaluation des pratiques hospitalières et libérales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Etre informé d'éventuelles complications/ré-hospitalisations | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Adapter la prise en charge des couples mère-enfant | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
- Autres, précisez :
-

15) Si non, pour quelle(s) raison(s) :

- Pas d'intérêt Oui Non
- Pas le temps Oui Non
- Autres, précisez :
-

16) Concernant les transmissions faites par la maternité aux sages-femmes libérales, au sujet des couples mère-enfant : selon vous, pour un suivi à domicile de qualité, les éléments suivants sont :

	Indispensable	Facultatif
Antécédents		
Résumé de la grossesse		
Résumé de l'accouchement		
Résumé du séjour en maternité concernant la mère		
Résumé du séjour en maternité concernant le nouveau-né		
La courbe du Biliflash		
La courbe de la BTS		

Pour conclure :

17) Si vous avez des enfants, auriez-vous aimé bénéficier du RPDA ?

- Oui Non

18) De façon globale vis-à-vis du RPDA ; du principe de raccourcir le séjour en maternité et de renforcer le suivi à domicile, êtes-vous :

- Très favorable
 Favorable
 Peu favorable
 Opposée

19) Quelles améliorations pourraient-être apportées selon vous pour favoriser le développement du RPDA ?

.....

.....

Nom :

.....
.....

Prénom :

.....
.....

Date de naissance :

Adresse :

.....
.....

NJF :

.....
.....

Vit seule Vit en couple

Couverture sociale :

SS + Mutuelle Sécurité Sociale CMU AME
Absence de couverture

Suivi anténatal :

Sage-femme Généraliste Gynécologue

Nom, Prénom :

Tél. :

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus :

RAI :

Toxoplasmose (date et résultat de la dernière sérologie) :
.....

Antécédents médicaux :
.....

Antécédents chirurgicaux :
.....

Antécédents obstétricaux :
.....

GROSSESSE

Pathologie maternelle (préciser) :
.....

Pathologie fœtale (préciser) :
.....

ACCOUCHEMENT

Le : / / à :h..... Terme :

Mode d'accouchement :

Délivrance :

Périnée :

Points à surveiller :

- Déchirure simple/compliquée Episiotomie Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication
 Evolution des fils résorbables Fils/ agrafes à retirer à J..... Hématome
 Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :
.....

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :
.....

Traitement à la sortie :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Contraception :

Ordonnance coqueluche remise : Oui Non

Sérologie Toxo à faire dans 3 semaines : Oui Non

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, Prénom : M F

Poids de naissance : Poids le plus bas : date :

Poids de sortie :

Alimentation à la sortie : Sein Mixte Artificiel

Guthrie : Fait le : à h

Dépistage de la surdité : Fait Convocation

Biliflash à la sortie : Bili. Sanguine fait le : Biliflash

correspondant :

Prélèvement gastrique : Bilan infectieux : Oui Non

Points à surveiller :

- Alimentation Ictère Prise de poids Autre (préciser) :

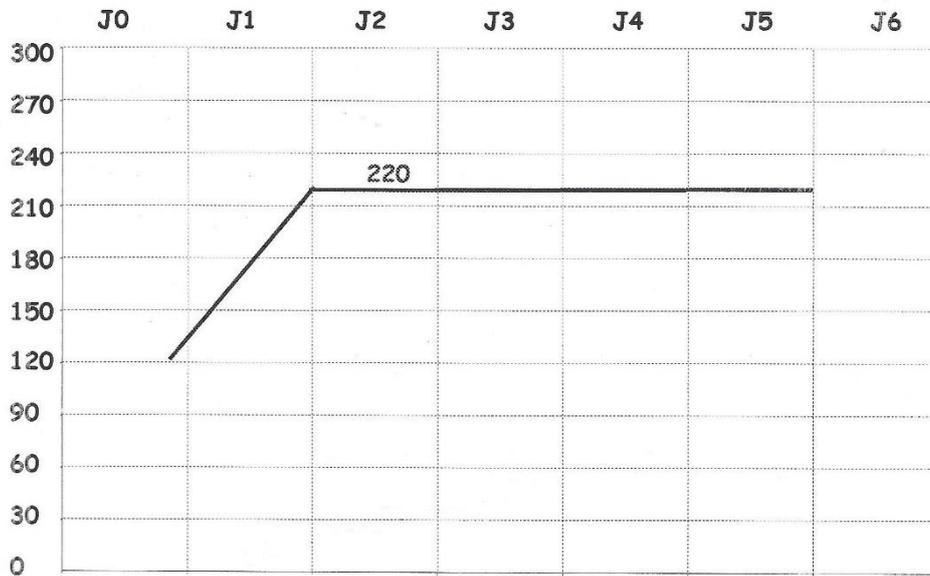
Particularités du séjour :

Sortie le / / **à J**

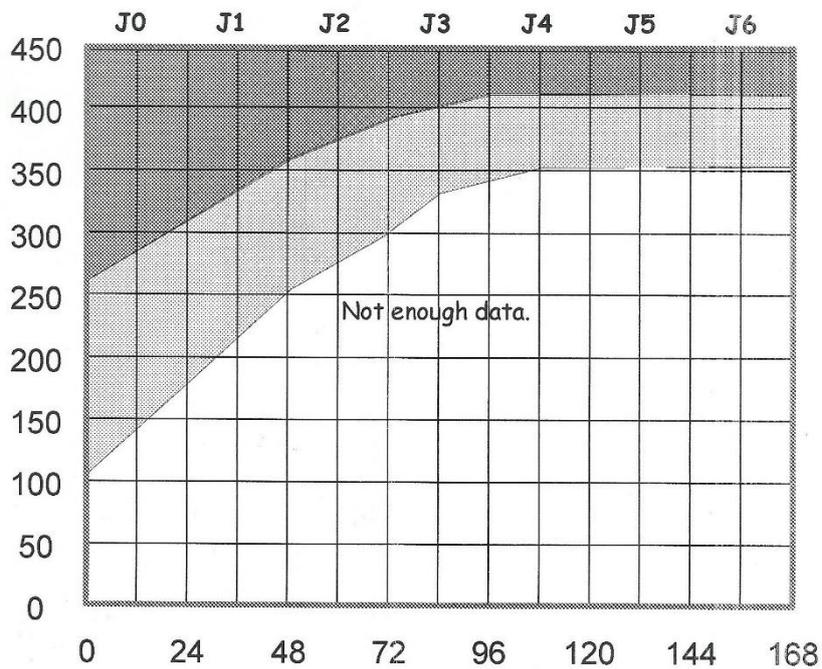
Accompagnement(s) proposé(s) :

- Sage-femme libérale Médecin généraliste Puéricultrice (PMI) Pédiatre
- Sage-femme PRADO
- TISF Soutien à l'allaitement (préciser) :
- Psychologue Autre (préciser) :
- Liaison UMB

Courbe du Biliflach



Courbe de la bilirubine totale sanguine



Évaluation du risque d'ictère

Sages-femmes hospitalières et libérales : Points de vue sur le RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement) à l'HME de Limoges

Le RPDA tend à se développer dans la plupart des maternités, principalement pour des raisons économiques. Mis en place récemment à l'HME de Limoges, nous avons réalisé une étude descriptive transversale visant à évaluer le positionnement des sages-femmes libérales et hospitalières sur ce dernier. Réalisée par le biais de questionnaires, nous avons comme objectifs de mettre en évidence les freins et avantages rencontrés par les sages-femmes à leur pratique du RPDA. L'absence de BTC apparaît comme le principal frein au RPDA pour les sages-femmes libérales. Selon les hospitalières, le RPDA n'a principalement pas de frein à leur pratique.

Mots-clés : RPDA, sages-femmes hospitalières, sages-femmes libérales, familles, choix

