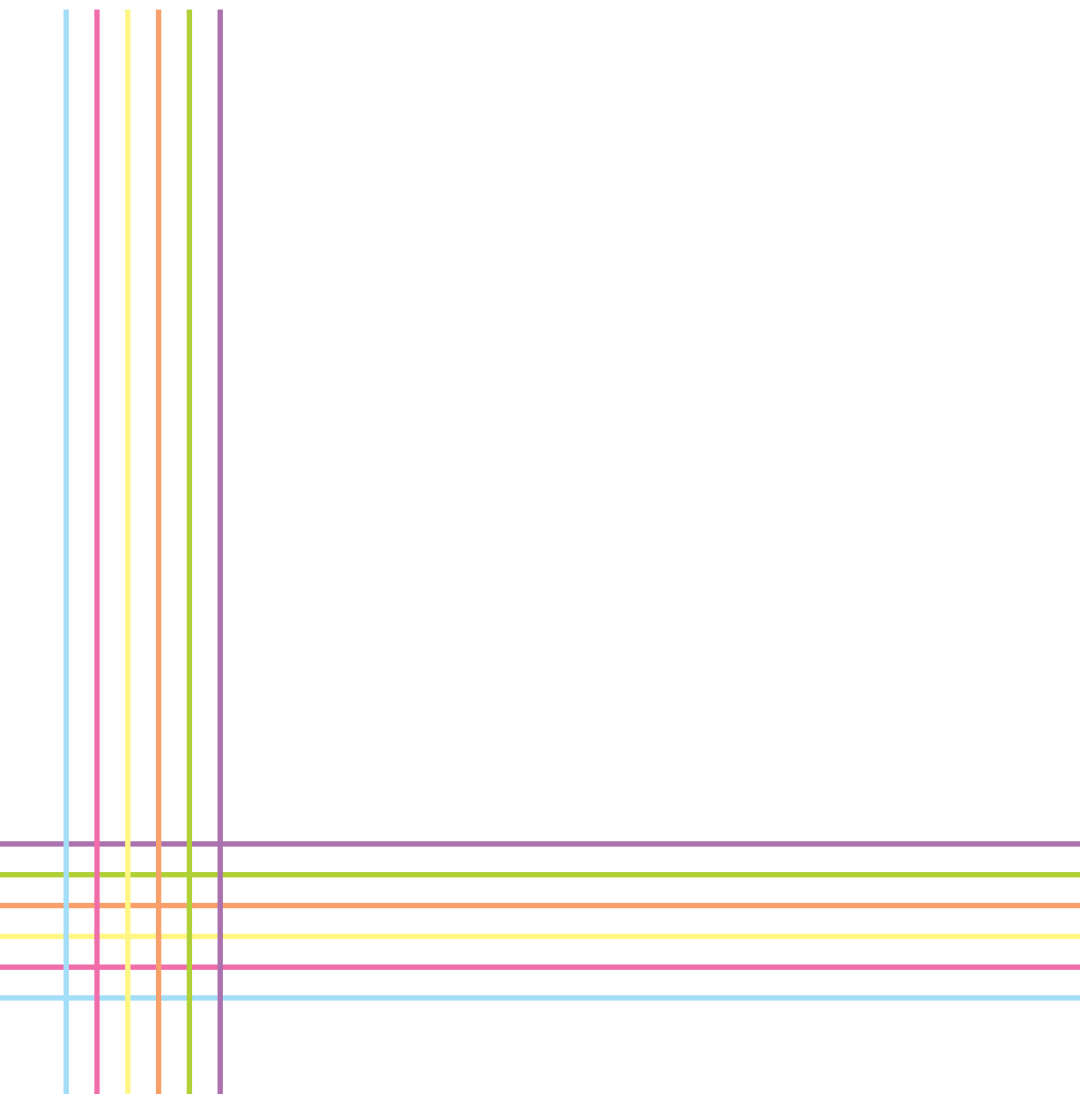


Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

Collection CNNSE
2013

Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité



Sommaire

1- Contexte	4
2- Méthodologie du groupe de travail	8
3-Les besoins de suivi et d'accompagnement après la sortie de maternité	9
3-1 Suivi de la femme pour sa santé et son bien-être.....	9
3-2 Suivi de l'enfant pour sa santé et son bien-être.....	10
3-3 Accompagnement du développement de la relation parents-enfant.....	10
4- Quels acteurs potentiellement impliqués et avec quelle coordination ?	11
4-1 Les professionnels de santé assurant l'accompagnement après la sortie de la maternité (médecins, sages-femmes, puéricultrices.....)	11
4-2 Les autres professionnels participant à l'accompagnement.....	12
4-3 Le secteur associatif	12
5- Assurer une coordination et une transmission en privilégiant les réseaux en place.	12
6- Les organisations existant aujourd'hui.....	13
7- Principes d'organisation de l'accompagnement au retour à domicile.....	14
8- Au niveau individuel, la décision de sortie.....	16
9- Démarches en vue de l'instauration d'un accompagnement en postpartum immédiat.....	17

Annexes

Annexe I : Liste des membres du groupe de travail et des personnes auditionnées.....	20
Annexe II : Prise en charge en post-partum par les sages-femmes au 1^{er} juin 2013.....	23

Annexe II bis : Rappel des examens médicaux pour l'enfant de moins de 1 an.....	25
Annexe III : Fiche concernant le rappel des facteurs de risque d'un ictère grave.....	26
Annexe IV : Fiche de liaison de l'établissement de santé vers le professionnel intervenant en post-partum immédiat.....	28
Annexe IV bis : Fiche de liaison du professionnel intervenant en post-partum immédiat vers l'établissement de santé	31
Annexe V : Petit guide à l'usage des professionnels de santé sur le rôle de la technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) en périnatalité.....	34
Annexe VI : Présentation synthétique de quelques formes d'organisation de sortie de maternité.....	37

Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité

1- Contexte

En France, on assiste ces dernières années à une diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers d'accouchement. Au début des années 80, plus de la moitié des femmes avaient séjourné entre 7 et 9 jours en maternité à la suite d'une naissance. La durée moyenne de séjour (DMS) est, d'après les dernières données de l'enquête nationale périnatale de 2010¹, de 4,4 jours si l'on considère l'ensemble des accouchements, et de 4 jours si l'on ne prend en compte que les accouchements par voie basse.

Les résultats de cette enquête montrent également que les durées de séjour en maternité pour un accouchement par voie basse dépendent davantage des caractéristiques de l'établissement et de la région que de celles de la mère et de son enfant. Toutefois, les mères et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière sont hospitalisés plus longtemps².

Ces durées d'hospitalisation sont néanmoins plus élevées en France que dans certains autres pays européens dans lesquels la DMS était en 2008 de 1,8 jour au Royaume-Uni, de 2,3 jours en Suède et de 3,3 jours en Allemagne, en Finlande et en Norvège.

Dans presque tous les pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal a diminué au cours des dix dernières années, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3,2 jours en 2007, ce qui a encouragé la mise en place d'un accompagnement de la mère et de l'enfant à la sortie de la maternité

Le plan périnatalité 2005-2007 ne traitait pas spécifiquement du besoin d'améliorer la prise en charge post-natale des femmes. Cependant, ce besoin a été exprimé dans le cadre de l'évaluation de celui-ci par les sages-femmes, les services de PMI et une proportion significative des femmes elles-mêmes, cette étape pouvant être vécue difficilement par ces dernières, sur de nombreux plans, physique, psychologique ou matériel.

¹<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>

²Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France, B. Coulm, B. Blondel in Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol.42, n°1, pp. 76-85, février 2013

Toutefois, ce plan fixait l'objectif stratégique de « documenter, à l'aide d'une enquête directe auprès des usagers, la décision de recours à une maternité en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes, des conditions médicales de leur grossesse, des préconisations perçues par elles en provenance de leur médecin ou de leur entourage, de la qualité ressentie de l'accueil et de la prise en charge en termes de suivi de la femme et de son enfant ».

C'est dans ce cadre qu'une enquête de satisfaction a été menée par la DREES auprès plus de 2 500 femmes venant d'accoucher à la fin de l'année 2006. Outre des informations recueillies sur les différentes étapes du parcours de la grossesse (déclaration de grossesse, inscription à la maternité, suivi prénatal, accouchement, suites de couches), cette enquête s'est intéressée à la notion de « satisfaction perçue » par les femmes. Si trois quart d'entre elles ont trouvé la durée du séjour adéquate, elles sont 7% à trouver la sortie trop rapide et 20% à trouver le séjour à la maternité trop long.

Les résultats font apparaître que 20% des femmes venant d'accoucher étaient en attente d'une aide à la sortie de la maternité et ils montrent que c'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes sont les plus nombreuses à exprimer une insatisfaction. Elles sont ainsi respectivement entre 15 et 35 % à être « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur ont été prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches³.

Une enquête a été menée par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) en 2010⁴ dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité. Ses résultats montrent que la perception des femmes sur la durée de séjour en maternité est variée et qu'elle dépend, en particulier, des conditions dans lesquelles s'est déroulé le séjour en maternité ainsi que des conditions d'accompagnement dont elles ont pu bénéficier.

L'analyse réalisée par le CIANE⁵ en 2012 à partir des réponses à une enquête en ligne corrobore ce constat. Elle constate ainsi que, malgré une durée d'hospitalisation supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le retour à la maison des femmes venant d'accoucher en France ne se passe pas dans les meilleures conditions : à la sortie de la maternité, une femme primipare sur 6 et une femme césarisée sur 4 se disent « désespérées » ou « angoissées » à la sortie de

³Satisfaction des usagers des maternités concernant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement, Etudes et résultats n°660, septembre 2008, téléchargeable à l'adresse suivante :

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

⁴Enquête périnatalité, « Regards de femmes sur leur maternité », 2010, téléchargeable à l'adresse suivante :

http://www.unaf.fr/IMG//pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf

⁵Enquête CIANE réalisée sur 5417 naissances, novembre 2012, <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

maternité ; une femme sur 4 se dit « un peu incertaine ». De surcroît, 22% des femmes primipares jugent insuffisant l'accompagnement aux soins du bébé dispensé à l'hôpital et 26% de toutes les femmes ont la même opinion concernant l'accompagnement à l'allaitement. Au total, une part importante de femmes se sent dans un état de fragilité ou d'insécurité à la sortie de maternité et ce, quelle que soit la durée du séjour⁶: Dans le même temps, on note que près de 40% des femmes ayant participé à l'enquête du CIANE ont trouvé le séjour en maternité trop long.

La Cour des comptes, dans son rapport relatif à la sécurité sociale paru en septembre 2011, souligne, dans le chapitre consacré au rôle des sages-femmes⁷, qu'un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est crucial et que l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante en raison du manque d'articulation entre les différentes modalités de prise en charge du post-partum. Elle recommande en conséquence de « réorienter l'activité des sages-femmes libérales notamment vers le suivi post-natal et le suivi global ».

Ces différents éléments incitent à penser qu'il faut revoir l'organisation de la prise en charge du post partum après la phase d'hospitalisation, en proposant un accompagnement des femmes dans leur environnement de vie, accompagnement dont le contenu, la durée, l'intensité puissent être adaptés aux besoins de chacune

Consciente de la nécessité d'améliorer cette situation, la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) s'est saisie de la problématique de l'organisation de la sortie de maternité pour toutes les femmes, au moment même où la Haute Autorité de Santé (HAS) décidait de son côté de procéder à l'actualisation de ses recommandations de 2004 portant sur le retour précoce à domicile après accouchement.

La note de cadrage de la HAS prévoit que soient élaborées des recommandations de bonne pratique sur le thème « *sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile* » dans l'optique de:

- Redéfinir l'âge de sortie recommandé (à ne pas confondre avec les "sorties précoces »)

⁶En fait, ce sont même plutôt celles qui sont restées le plus longtemps à la maternité qui sont les plus désorientées ; hypothèse du CIANE : beaucoup des femmes sorties précocement l'ont souhaité, se sentaient capables de gérer la situation et ont été correctement accompagnées.

⁷Rapport public annuel de la Cour des comptes relatif à la sécurité sociale pour 2012 : chapitre XV, le rôle des sages-femmes dans le système de soins, pp. 173-198

- Proposer les modalités de prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés permettant une sortie de maternité après accouchement dans des conditions optimales, notamment en cas de sortie précoce ;
- Diminuer le risque de résurgence de situations évitables comme la survenue de l'ictère nucléaire en actualisant les critères d'éligibilité (élaboration d'une grille d'évaluation avant la sortie de la mère et de son enfant)⁸.

La durée d'hospitalisation après l'accouchement peut varier selon les situations et le souhait des familles. La sortie peut notamment être précoce, au sens de la Haute Autorité de Santé⁹.

L'objectif de ce document est de faire en sorte que chaque femme se voit proposer à la sortie de maternité un accompagnement au retour à domicile adapté à sa situation et à celle de son enfant, quelle que soit la durée de l'hospitalisation. .

Si un certain nombre d'établissements propose d'ores et déjà un accompagnement des femmes et des enfants, force est de constater que la majorité n'en prévoit pas¹⁰. Ce constat s'appuie sur des informations provenant des résultats du questionnaire concernant les maternités de l'enquête nationale périnatale 2010¹¹. Lorsqu'il est organisé, cet accompagnement est essentiellement assuré par une sage-femme libérale (cité par 72 % des maternités), une sage-femme de la PMI (cité par six établissements sur dix) ou une puéricultrice de la PMI (cité par neuf établissements sur dix). D'après les établissements, cette prise en charge concerne un petit nombre de femmes, sans qu'on puisse savoir si elle est effective (par exemple avec prise d'un rendez-vous) ou théorique (proposition d'une liste de professionnels). 64 % des établissements

⁸ Une articulation des travaux menés par la CNNSE et la HAS a été organisée, en associant le chef de projet de la HAS aux travaux du groupe de travail de la CNNSE et en intégrant ce groupe de travail au groupe de lecture de la HAS. Par ailleurs, deux fiches de liaison permettant d'assurer le suivi entre la maternité et le professionnel de santé prenant en charge la femme et le nouveau-né à la sortie de maternité, élaborées par le groupe de travail de la CNNSE, ont été communiquées à la HAS.

⁹ « *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile* », 2004 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile)
Note de cadrage pour l'actualisation de ces recommandations de bonnes pratiques : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement_conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf

¹⁰Le suivi du post-partum physiologique en hospitalisation à domicile (HAD) ne correspond pas aux indications retenues par la HAS pour ce mode de prise en charge (cf. recommandation de bonne pratique « Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum », 2011)

¹¹http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

prévoient les visites de sages-femmes libérales pour un petit nombre de femmes et 8 % les destinent à toutes les femmes.

L'hospitalisation à domicile, en fonction de l'état de santé de la mère, peut être organisée en suite de couches par le quart des établissements. En forte progression depuis 2003, elle est davantage possible en maternité de type III ; 17 % des maternités de type I la prévoient pour un petit nombre de femmes, contre 22 % des maternités de type IIA, 27 % de celles de type IIB et 45 % des maternités de type III.

La prise en charge des mères et des enfants à la sortie de la maternité est organisée dans le cadre d'un réseau de santé en périnatalité près d'une fois sur trois essentiellement par la visite à domicile de professionnels du réseau. Un répertoire de ces professionnels existe dans deux maternités concernées sur trois.

Dans l'étude déjà citée sur les déterminants de la durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse sans complications réalisée à partir des données de l'ENP 2010¹², les auteures concluent que peu de maternités proposent un accompagnement à domicile à la majorité des femmes, que cette offre est principalement retrouvée en région Ile-de-France et que l'évolution de l'offre en la matière progresse peu (7% en 2003 et 11,5% en 2010).

2- Méthodologie du groupe de travail

Ce document est le fruit d'une réflexion collective menée au sein de la CNNSE. Il a pour objectifs de proposer un certain nombre de principes d'organisation et de fournir des pistes concrètes de mise en œuvre pour tous ceux (ARS, établissements de santé, professionnels de santé libéraux, services de PMI...) qui cherchent à définir ou améliorer l'organisation de la sortie de maternité et l'accompagnement lors du retour à domicile des mères et de leurs enfants dans le but d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Les membres du groupe de travail ont pris connaissance des différents éléments de contexte exposés ci-dessus. Ils ont également auditionné des professionnels et des usagers qui ont témoigné d'organisations particulières mises en œuvre localement¹³.

3- Les besoins de suivi et d'accompagnement après la sortie de maternité

L'accompagnement et le suivi en post-partum visent à couvrir trois grands types de besoins:

¹²Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France, B. Coulm, B. Blondel in Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol.42, n°1, pp. 76-85, février 2013

¹³Annexe I : Liste des personnes auditionnées par le groupe de travail.

- la santé et le bien être de la femme
- la santé et le bien être de l'enfant
- la qualité de la relation entre les parents et l'enfant.

La période immédiate de suites de couches, y compris en l'absence de caractère pathologique, exige une surveillance et l'apport de certains soins pour la femme et pour l'enfant. Ceux-ci seront poursuivis après la sortie de la maternité au domicile ou en cabinet. A l'occasion de ces soins le professionnel de santé pourra rappeler aux parents les messages de prévention et les gestes de puériculture appris lors du séjour à la maternité, ce qui les rassurera. L'intervention au domicile de la famille permet au professionnel de développer le lien de confiance avec la famille et de s'assurer du bien-être de la femme et de son enfant, ainsi que de la qualité de la relation qui se tisse entre les parents et l'enfant. L'intervention au domicile permet de répondre au mieux aux demandes et aux attentes des femmes, en particulier en cas d'isolement social ou géographique.

3-1 Suivi de la femme pour sa santé et son bien-être

Outre les soins médicaux nécessaires en post-partum immédiat (soins de sutures - épisiotomie, césarienne -, surveillance des seins et de l'allaitement, détection d'une éventuelle infection, d'un risque hémorragique ou d'une autre pathologie...), il s'agit également pour le professionnel d'encourager les femmes à poser toutes les questions qu'elles souhaitent et de répondre à leurs demandes. Ces demandes peuvent concerner

- Des informations sur les transformations physiques qui interviennent dans les semaines suivant l'accouchement, sur la reprise d'une contraception,
- Des conseils pour se sentir mieux, contrôler la douleur, prévenir le mal de dos lié à une mauvaise position d'allaitement par exemple,
- La possibilité de revenir sur le déroulement de l'accouchement ou d'exprimer ses difficultés (fatigue, doutes...) ou ses craintes.

L'accompagnement en post-partum immédiat doit aussi permettre de repérer d'éventuelles difficultés psychologiques (anxiété, manque de confiance en ses capacités...). L'enjeu principal est de prévenir, par une prise en charge précoce, la survenue d'une dépression du post-partum qui concernerait 10 à 15% des femmes.

3-2 Suivi de l'enfant pour sa santé et son bien-être

L'accompagnement en post-partum permet de s'assurer que l'état de santé de l'enfant est satisfaisant¹⁴. Il comprend notamment la surveillance d'un allaitement de bonne qualité, de

¹⁴ Le carnet de santé de l'enfant permet de renseigner les événements concernant la santé de l'enfant depuis sa

l'évolution de la courbe de poids et la surveillance de la survenue ou de l'aggravation d'un ictère, compte-tenu des facteurs de risque que peut présenter le nouveau-né¹⁵. Si le professionnel suspecte ou dépiste un problème de santé, il doit avoir la possibilité de contacter un membre de l'équipe médicale de la maternité pour décider des modalités de la prise en charge ou, si nécessaire, de l'orientation la plus adaptée¹⁶.

Le professionnel de santé vérifie que les examens de dépistage néonataux¹⁷ ont été réalisés ou, si ce n'est pas le cas, les organise sous réserve du consentement parental.

A la fin de son intervention en postpartum immédiat, le professionnel de santé s'assure que la continuité du suivi médical de l'enfant est organisée (médecin généraliste, pédiatre). Il délivre notamment une information sur le rôle des services de PMI et leurs coordonnées.

3-3 Accompagnement du développement de la relation parents-enfant.

Ce volet de la prise en charge en post-partum immédiat revêt une importance particulière pour les primipares. Les besoins des parents peuvent être de plusieurs ordres :

- Des conseils en puériculture : déroulement des tétées, préparation et prise des biberons, couchage (conditions qui favorisent le sommeil de l'enfant, prévention de la mort inattendue du nourrisson...), rappel des conseils concernant la prévention du syndrome du bébé secoué,
- Le rappel des gestes et soins montrés lors du séjour en maternité : bain, soins de cordon, change, nettoyage du nez et des oreilles, portage...
- Un accompagnement du développement de la relation parents-enfant : il s'agit en particulier de répondre aux questionnements des parents qui peuvent se sentir désarmés face aux manifestations du nouveau-né qu'ils ne savent pas comment interpréter – (cris, pleurs, agitation ou au contraire calme). Cet accompagnement permet d'écouter les parents, de les soutenir, et de fournir les explications qui leur sont nécessaires.

L'accompagnement de la dyade mère-enfant en post-partum immédiat doit permettre au professionnel de repérer d'éventuelles difficultés dans l'établissement de la relation mère-enfant

naissance

¹⁵ Annexe III : Fiche relative à la surveillance d'un ictère

¹⁶ Annexe IV : Fiches de liaison entre établissement de santé et professionnel assurant le suivi en post-partum immédiat

¹⁷ A la date de ce document : phénylcétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie congénitale des surrénales, drépanocytose, mucoviscidose (cf. arrêté du 22 janvier 2010), surdité (cf. arrêté du 23 avril 2012) ;

et d'organiser une intervention précoce afin de la favoriser¹⁸.

Au delà de l'accompagnement d'une majorité de femmes qui ne présentent pas de problème particulier, l'organisation de l'accompagnement à domicile doit faciliter le repérage des situations pathologiques, en particulier dépression du post-partum (citée plus haut,), vulnérabilité, anxiété ou comportements qui nécessitent un accompagnement spécifique.

Il est admis que l'amélioration de la sécurité émotionnelle des parents dès la grossesse est une des conditions de la prévention des troubles psycho-affectifs des enfants, de même que l'environnement social, familial et matériel des parents a une influence sur les compétences parentales, elles-mêmes essentielles dans le développement de l'enfant.

4 Quels acteurs potentiellement impliqués et avec quelle coordination ?

Différents acteurs, qui ont parfois été présents dès le suivi de grossesse, interviennent pour l'accompagnement des familles après la sortie de maternité. Cela dépend à la fois des besoins de la femme et de l'enfant, mais aussi des choix faits par les parents et des ressources disponibles sur le territoire.

4-1 Les professionnels de santé assurant l'accompagnement après la sortie de la maternité (médecins, sages-femmes, puéricultrices...).

Sont concernés par le suivi en postpartum immédiat :

- les sages-femmes :
 - hospitalières, qu'elles se rendent au domicile des parents ou assurent des consultations dans l'établissement de santé ou dans le centre périnatal de proximité dans lequel elles exercent ;
 - libérales : qu'elles soient choisies par la femme durant la grossesse, ou sollicitées dans le cadre d'une organisation définie par l'établissement, ou encore qu'elles soient identifiées dans le cadre du programme d'accompagnement du retour à domicile de la Cnamts (PRADO¹⁹). Les sages-femmes libérales interviennent soit au domicile de la femme, soit dans leur cabinet;
- les services de protection maternelle et infantile (PMI) : la composition des équipes est

¹⁸ Circulaire n°DHOS/DGS/O2/6C/2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

¹⁹Critères d'éligibilité : être assurée du régime général de sécurité sociale, être âgée de plus de 18 ans, sans comorbidité ni complication, ayant accouché par voie basse d'un enfant unique né à terme, ne présentant aucun problème d'alimentation, dont le poids est en rapport avec l'âge gestationnel.

variable selon les départements et peut comprendre des personnels médicaux (médecins et sages-femmes) et paramédicaux (infirmières puéricultrices et parfois auxiliaires de puériculture). Selon les ressources disponibles au sein du département, sages-femmes ou puéricultrices peuvent se rendre au domicile.

- Les médecins libéraux: pédiatres, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, psychiatres et pédopsychiatres notamment sont susceptibles d'assurer le suivi de la mère ou celui de l'enfant en post-partum immédiat, le plus souvent au sein de leur cabinet;

4-2 Les autres professionnels participant à l'accompagnement:

D'autres intervenants peuvent participer, en appui des professionnels de santé, à l'accompagnement en postpartum immédiat :

- psychologue, assistante sociale (établissement de santé, collectivités locales...)
- techniciens de l'intervention sociale et familiale²⁰ (TISF)

4-3 Le secteur associatif :

- associations de soutien à l'allaitement, de service d'aide à domicile, de soutien à la parentalité, ou encore associations d'aide aux femmes migrantes²¹...

5- Assurer une coordination et une transmission en privilégiant les réseaux en place

Un accompagnement après la sortie de la maternité doit être proposé et organisé le plus tôt possible au cours de la grossesse. Pour assurer la qualité de la prise en charge en postpartum immédiat, une transmission des informations médicales concernant la mère et le nouveau-né, ainsi que celles relatives aux circonstances de l'accouchement, doit être transmise au professionnel qui assure l'accompagnement du couple mère-enfant pendant cette période. A cette fin, une fiche de liaison type est proposée par la CNNSE en annexe III.

Afin d'améliorer également la qualité de prise en charge en maternité, la CNNSE propose que le professionnel de santé qui assure en postpartum le suivi de la mère et de l'enfant fasse connaître en retour à l'établissement de santé les principales caractéristiques du suivi et les éventuels problèmes de santé identifiés alors, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

De manière générale, la CNNSE insiste sur l'importance de prévoir l'organisation de transmissions systématiques entre professionnels et encourage à remonter à l'établissement de

²⁰ Annexe V Fiche UNAF sur les TISF

²¹ http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/guide_comede.asp

santé les informations concernant le suivi, y compris en l'absence de complications. En effet, cette pratique est de nature à renforcer la collaboration entre l'établissement de santé et les professionnels de santé et à améliorer la prise en charge des couples mère-enfant.

Face à la diversité des acteurs potentiellement impliqués à laquelle fait écho la multiplicité des institutions parties prenantes (agence régionale de santé, conseil général, CNAMTS, associations etc.), on ne peut qu'encourager les acteurs à inscrire l'organisation de l'accompagnement du retour à domicile dans le cadre des réseaux existants susceptibles d'assurer de manière fluide et efficace la coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

6- Les organisations existant aujourd'hui

Les organisations existant actuellement sont diverses et dépendent pour une grande part des ressources locales disponibles.

Les raisons qui peuvent pousser les acteurs à s'organiser entre eux sont plurielles:

- Une démarche qualitative visant à offrir une prise en charge personnalisée sur toute la continuité du parcours de la mère et de l'enfant depuis le suivi de grossesse jusqu'au post-partum ;
- Une démarche médico-économique visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles par une meilleure coordination des acteurs intervenant dans l'accompagnement des familles en sortie de maternité

Les présentations faites devant le groupe de travail ont permis de dégager certains traits communs²². Les organisations sont souvent mises en place à partir d'initiatives locales : elles reposent généralement sur une organisation associant l'établissement de santé public ou privé et des professionnels de santé qui interviennent au domicile. Ces professionnels de santé sont majoritairement des sages-femmes et des puéricultrices et leur mode d'exercice est varié.

Le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), expérimenté puis généralisé en 2012 par la CNAMTS, met en relation la femme qui le souhaite avec la sage-femme libérale de son choix, en faisant intervenir à la maternité un conseiller de l'Assurance Maladie.

Enfin, le suivi à domicile est parfois organisé à l'initiative des parents qui prennent contact avec la sage-femme libérale de leur choix.

Les organisations existantes varient dans leurs modalités d'information et de prise de contact

²² Annexe VI : Présentation synthétique de formes d'organisations présentées au groupe de travail

avec le professionnel qui assure le suivi en post-partum immédiat.

L'information sur les modalités d'organisation à la sortie de la maternité peut être effectuée en prénatal, mais selon des modalités temporelles qui sont diverses : durant l'entretien prénatal précoce, à la consultation du 9^{ème} mois, voire à n'importe quel moment du suivi prénatal ou lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. La prise de décision des parents intervient généralement en période prénatale, tout en étant révisable après l'accouchement.

La prise de contact avec la sage-femme s'effectue là encore selon des modalités diverses : avant la naissance lorsque, notamment, la sage-femme libérale a assuré le suivi de grossesse ou la préparation à la naissance et à la parentalité; parfois, le premier contact a lieu au sein de la maternité, mais plus généralement, lors de la première visite à domicile.

7- Principes d'organisation de l'accompagnement au retour à domicile

1. Les modalités d'organisation de l'accompagnement au retour à domicile sont laissées à l'initiative des acteurs locaux impliqués pour autant qu'elles respectent les principes énoncés et qu'elles permettent d'assurer une coordination efficace entre les différents acteurs selon des procédures qui seront définies d'un commun accord. Les réseaux de santé en périnatalité offrent un appui méthodologique et des outils communs pour accompagner cette démarche.
2. Chaque établissement de santé autorisé en gynécologie obstétrique doit définir et mettre en place une organisation propre à assurer, dès la sortie de maternité, pour toutes les femmes et tous les enfants, la continuité de leur suivi médical en post-partum immédiat. Sera privilégiée dans la mesure du possible une organisation permettant un accompagnement du couple mère-enfant **à domicile**. Pour rappel, les sorties précoces de maternité ainsi que les indications d'hospitalisation à domicile en post-partum font l'objet de recommandations spécifiques de la HAS.²³

²³HAS, « *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile* », 2004 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile)

Note de cadrage pour l'actualisation de ces recommandations de bonnes pratiques : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement_conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf

HAS, « *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum* », 2011 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum)

3. L'information relative aux modalités de cette organisation est délivrée à la femme le plus tôt possible au cours de la grossesse. Elle peut notamment figurer dans le livret d'accueil délivré au moment de l'inscription à la maternité, faire l'objet d'un document spécifique ou, à l'initiative du Conseil général, être précisée dans le carnet de maternité²⁴. L'établissement tient également cette information à la disposition des professionnels du secteur ambulatoire (médecins et sages-femmes libéraux, services de PMI, ...) et des centres périnataux de proximité ayant passé convention avec lui. L'entretien prénatal précoce, les consultations prénatales et les séances de préparation à l'accouchement sont autant d'occasions d'information et d'échange pour permettre aux femmes de choisir le mode de prise en charge qui leur convient le mieux²⁵.
4. L'organisation de l'accompagnement doit être appréhendée de manière à concerner **tous les retours** à domicile chaque situation étant définie par des critères particuliers et appelant des réponses adaptées.
5. L'accompagnement organisé par l'établissement est systématiquement proposé aux femmes par l'équipe de soins ; celles-ci ont toutefois la liberté de choisir de faire appel au professionnel de leur choix (par exemple, une sage-femme libérale intervenue pendant la grossesse). La prise de décision des parents quant au suivi de post-partum immédiat dont ils souhaitent bénéficier intervient de préférence en période prénatale, mais elle est révisable après l'accouchement. La question est systématiquement posée à nouveau pendant le séjour à la maternité (visite de sortie...).
6. Quel que soit le mode d'accompagnement choisi par la femme, l'établissement lui remet une fiche de liaison reprenant les informations médicales concernant son état de santé et celui de son enfant, nécessaires pour que le professionnel intervenant en post-partum immédiat assure la continuité des soins (*cf. modèles proposés en annexe IV*). Cette fiche est remise par la femme au professionnel qui assurera le suivi en postpartum immédiat. Par ailleurs, l'organisation mise en place par l'établissement devra prévoir l'identification en son sein **d'un professionnel de santé référent** (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme, puériculteur...). Ce ou ces professionnels référents ont vocation à répondre, en cas de besoin, aux demandes d'informations et d'avis du professionnel assurant l'accompagnement en postpartum immédiat concernant la mère ou l'enfant.
7. Les organisations mises en place reposent sur les recommandations et les référentiels de bonnes pratiques en vigueur. Par ailleurs, elles s'inscrivent dans le cadre conventionnel existant²⁶.

²⁴ Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de maternité.

²⁵HAS, « Préparation à la naissance et à la parentalité », 2005.

8. Afin d'assurer une bonne coordination, l'organisation mise en place doit reposer sur des **partenariats forts** entre **l'établissement de santé** et tous les **acteurs** susceptibles d'être **impliqués** dans l'accompagnement à domicile : s'ils doivent permettre des échanges concrets et opérationnels pour une bonne qualité d'évaluation de la situation de définition des besoins et des modalités de suivi, ils peuvent se traduire par des dispositifs variés : dossiers partagés au moins en partie, staffs réguliers, réunions régulières d'échange pluridisciplinaire, échanges téléphoniques...

8- Au niveau individuel, la décision de sortie

La décision quant à la date de sortie et au type d'accompagnement proposé doit idéalement émerger des échanges entre les professionnels et les parents qui sont invités à faire part de leurs souhaits. C'est sur la base de critères médicaux²⁷, et après échanges avec les parents permettant de prendre en compte leurs souhaits²⁸, que l'équipe de la maternité propose la date de sortie appropriée pour la mère et son enfant. La détermination de la date de sortie prend également en compte l'aisance et l'autonomie de la femme, notamment lorsqu'elle est primipare, dans les soins apportés à son enfant, qualités qui ont pu être observées par l'équipe de soins pendant son séjour²⁹ ainsi que l'instauration du lien mère-enfant.

Lors du séjour à la maternité, la femme est invitée à s'exprimer sur la façon dont elle a vécu son accouchement, sur son état physique et psychologique, sur les difficultés qu'elle rencontre le cas échéant avec son enfant, notamment en matière d'allaitement.

Elle confirmera son choix concernant l'accompagnement en postpartum immédiat.

En fonction de besoins spécifiques identifiés (isolement de la femme, éloignement

²⁷ Publications à venir :

- Recommandations de bonne pratique de la HAS «*Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile*» ;
- Recommandations de la Société française de néonatalogie sur *l'ictère néonatal*

²⁸ Art. R.1112-62 du code de la santé publique : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, à l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées d'office, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux.. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé. ». En cas de sortie contre avis médical, l'organisation d'un suivi de post-partum immédiat à domicile est vivement recommandée.

²⁹HAS, « *Préparation à la naissance et à la parentalité* », 2005.

géographique, besoin de soutien psychologique, conseils nutritionnels...), le contenu de l'accompagnement, en accord avec la femme, peut être enrichi d'interventions complémentaires, mises en œuvre notamment par les services de protection maternelle et infantile.

Il conviendra en tous les cas, avant la sortie, de s'assurer qu'un suivi médical adapté est organisé pour la femme et l'enfant.

9- Démarches en vue de l'instauration d'un accompagnement en postpartum immédiat

Chaque établissement de santé autorisé en gynécologie-obstétrique doit définir une organisation pour la prise en charge en postpartum immédiat. Cet accompagnement doit être systématiquement proposé aux femmes dont les suites de couches sont physiologiques, hors dispositif concernant les sorties précoces qui relèvent de dispositions spécifiques.

Certains établissements disposent déjà d'une telle organisation, parfois réservée aux femmes répondant à des critères d'éligibilité. Il conviendra alors de faire évoluer cette organisation afin de proposer cet accompagnement à l'ensemble des femmes à leur sortie de maternité.

Lorsque l'établissement de santé ne propose encore aucun accompagnement en postpartum immédiat, il peut faire appel pour l'aider dans sa démarche au concours du réseau de santé en périnatalité qui est en mesure, dans le cadre de ses missions, de lui apporter contacts, modèles d'organisation existants, outils...

Le groupe de travail a identifié différentes étapes permettant de mettre en œuvre une telle organisation :

1. Identifier une personne chargée du projet au sein de l'établissement qui sera par la suite l'interlocuteur des partenaires de l'établissement ;
2. Identifier les ressources locales disponibles, éventuellement avec le concours du réseau de santé en périnatalité ; ce recensement doit concerner l'ensemble des ressources qui pourraient être nécessaires dans le cadre de la prise en charge en post-partum immédiat (laboratoire d'analyses de biologie médicale en capacité de réaliser un prélèvement sur un nouveau-né (bilirubinémie), psychologue, pédopsychiatre, secteur associatif, services d'aide à domicile...)
3. Élaborer, en concertation avec l'ensemble des acteurs et en conformité avec les recommandations de la HAS, en cours d'élaboration, concernant la « *sortie de maternité après*

accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile, une proposition qui doit fixer :

- les modalités d'information précoce des femmes, quel que soit le mode de suivi prénatal (remise d'un document);
- l'organisation d'un temps d'échange mené à la maternité afin de déterminer les modalités du retour à domicile et de son accompagnement ; ce temps d'échange permet à l'équipe de soins de formuler une proposition de suivi en fonction des souhaits de la femme et du couple et de la situation"

Afin d'assurer une bonne coordination, l'organisation mise en place doit reposer sur des partenariats conclus entre l'établissement de santé et tous les acteurs susceptibles d'être impliqués dans le suivi en post-partum immédiat. Afin de permettre des échanges concrets et opérationnels pour une bonne qualité d'évaluation de la situation, de définition des besoins et des modalités de suivi, ces partenariats peuvent se traduire par des dispositifs variés : dossiers partagés au moins en partie, outils communs³⁰, staffs réguliers, réunions régulières d'échanges pluridisciplinaires, contacts téléphoniques...

De même, devront être prévues les modalités de contact avec les professionnels assurant le suivi en post-partum immédiat, ainsi que l'identification du professionnel référent à la maternité pour la femme et pour l'enfant et les modalités de contact avec l'établissement de santé en cas de demande d'avis médical en urgence ou de nécessité d'hospitalisation pour la mère ou pour l'enfant.

³⁰Cf. propositions en annexe et recommandations de la HAS sur Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile

ANNEXES

Annexe I

Membres du groupe de travail

M. le Pr Francis PUECH, président de la CNNSE

Secrétariat de la CNNSE : Mme Julie BARROIS, DGOS/R3 et Mme Nicole MATET, DGS/MC1

Mme Madeleine AKRICH, CIANE

Mme le Dr Mariam ARVIS, DSS

Mme Françoise BAS, UNAF

Mme Anne BATTUT, Sage-femme FEHAP

Mme Corinne BEAUMONT, puéricultrice ANPDE

Mme Samah BEN ABDALLAH, conseiller santé social, FEHAP, membre de la CNNSE

Mme Françoise BICHERON, personnalité qualifiée, membre CNNSE

Mme Odile BRISQUET, DGOS, chef du bureau R3

M. le Pr Gérard BREART, membre de la CNNSE

M. le Pr Marc BRODIN, FNHAD

M. Nicolas BRUN, chargé de mission à l'UNAF, membre de la CNNSE

M. le Dr François-Marie CARON, AFPA

Mme Gisèle CRIBALLET, FFRSP, membre de la CNNSE

M. le Dr César DALLOUL, SFP, membre de la CNNSE

M. François EDOUARD, vice-président UNAF, membre de la CNNSE

Mme Marie Christine EUSTACHE-NAULEAU, CIANE

Mme Marie-France GAUCHER, FHP-MCO

Mme Sophie GUILLAUME, présidente du CNSF, membre de la CNNSE

M. le Dr Thierry HARVEY, Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée à but non lucratif, membre CNNSE

Mme le Dr Martine HUOT-MARCHAND, personnalité qualifiée, CNNSE

M. Thomas JAN, CNAMTS

M. le Dr Olivier JOURDAIN, FHP

Mme Marie-Josée KELLER, présidente du CNOSF, membre de la CNNSE

Mme Sabine LECAT, SF / PMI CG 77

M. le Dr. Gérard LONLAS, CNGOF

Mme Marie-Cécile MOULINIER, CNOSF

Mme Flore MOREUX, DGS/MC1

Mme Gwladys NABI, CNAMTS

Mme Anne-Laure NOËL, ANSFL

M. le Pr Jean-Charles PICAUD, SFP, membre CNNSE

Mme le Dr Dominique RAVINET, CNAMTS, membre de la CNNSE

M. le Dr Marc-Alain ROZAN, CNGOF, membre de la CNNSE

Mme le Dr Hélène SIAVELLIS, DGCS, membre de la CNNSE

Mme Aurélie SERRY, présidente de la COFAM

Personnes auditionnées

Mme Annie ALIES-PATIN, CNAMTS

Mme Geneviève BEAUMONT, sage-femme cadre supérieur, Groupement hospitalier Est, BRON

Mme le Dr. Catherine BISMUTH, médecin conseil adjoint, CNAMTS

Mme Béatrice BLONDEL, INSERM, Unité 953

M. le Pr. Gérard BREART, professeur de santé publique

M. le Pr. Marc BRODIN, FNEHAD

M. le Dr. François-Marie CARON, AFPA

Mme Anne CONSTANS, Sage-femme cadre, Groupement hospitalier Est, BRON

Mme le Dr. Anne CORTEY, pédiatre, Centre national de référence en hématologie (CNHP), hôpital Trousseau, Paris

Mme Bénédicte COULM, INSERM, Unité 953

Mme Gisèle CRIBALLET, vice-présidente de la FFRSP

Mme Pascale D'HARLINGUE, Maternité Paul Gellé à Roubaix

M. François EDOUARD, Vice-président, UNAF

Mme Mireille GIO, Sage-femme cadre, Maternité Clinique Claude Bernard à Metz

Mme Carole HERVE, consultante en lactation (COFAM)

Mme Marie-José KELLER, présidente du conseil de l'ordre des sages-femmes

Mme Caroline MAZAL, Maternité Claude Bernard à Metz

Mme Karine PETITPREZ, chef de projet, Haute Autorité de santé

Mme le Dr. Marion POLESZCZUK, Maternité Paul Gellé à Roubaix

Mme le Dr. Sylvaine ROUSSEAU, Maternité Paul Gellé à Roubaix

M. le Pr. SARLES, vice-président de l'AFDPHE

Annexe II

Prise en charge en post-partum par les sages-femmes au 1er juin 2013

Rappels

Pour la nomenclature J1 = jour de l'accouchement.

Aucun acte spécifique n'a été créé pour le PRADO maternité, la nomenclature en vigueur s'applique.

Modifications réglementaires récentes

La décision UNCAM du 14 février 2013, parue au Journal Officiel du 16 avril 2013, relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie fait suite à l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales, signé le 9 janvier 2012 et publié au Journal Officiel du 14 mars 2012.

- Suppression du CG, afin d'étendre l'utilisation de la lettre clé C tout au long de la grossesse.
- Dans le cadre du suivi postnatal une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du code de la santé publique.

Actes entre la sortie de maternité et la visite médicale post natale obligatoire

La sage-femme libérale peut coter 2 types d'actes entre la sortie de maternité et la visite médicale post natale obligatoire (devant avoir lieu dans les 8 semaines suivantes l'accouchement)

- Forfait journalier de surveillance en cas de sortie de l'établissement de santé pour la mère et pour l'enfant, à domicile, à jour de la sortie à J7.
 - Les 2 premiers forfaits sont cotés SF 16
 - Les suivants SF 12
- Séance de suivi post-natal (SP) au cabinet ou au domicile par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoin particulier décelé pendant la grossesse ou après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant. Deux séances SP peuvent être cotées du 8ème jour après l'accouchement jusqu'à la visite post-natale.

En dehors de ces deux actes la sage-femme peut facturer des consultations.

Tarifs

Les tarifs évoluent en fonction des négociations entre les représentants des syndicats représentatifs des SFL et de la CNAMTS.

Les tarifs sont mis à jour sur le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr.

Pour en savoir plus : Ameli/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.

Annexe II bis

Rappel des examens médicaux pour le bébé de moins de 1 an (juin 2013)

Examen médical de l'enfant à la naissance

Dès sa venue au monde, le nouveau né fera l'objet d'un examen très complet.

Le bébé est d'abord pesé, mesuré y compris son périmètre crânien. L'examen clinique est complet et recherche une malformation éventuelle. La vitalité du bébé est appréciée par le score d'Apgar. Les mensurations et le score d'Apgar sont retranscrits sur la première page du carnet de santé.

La sage-femme, l'obstétricien ou le pédiatre l'examineront immédiatement.

Examens médicaux obligatoires

Suite à cet examen, l'enfant est soumis à des examens médicaux obligatoires dont le nombre est fixé à neuf au cours de la première année (article R2132-1 du Code de la Santé Publique).

Ces examens ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoces des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

- Le 1^{er} dans les huit jours de la naissance
- Le 2nd au cours du 1^{er} mois.
- Le 3^{ème} au cours du 2^{ème} mois.
- Le 4^{ème} au cours du 3^{ème} mois.
- Le 5^{ème} au cours du 4^{ème} mois.
- Le 6^{ème} au cours du 5^{ème} mois.
- Le 7^{ème} au cours du 6^{ème} mois.
- Le 8^{ème} au cours du 9^{ème} mois ou 10^{ème} mois.
- Le 9^{ème} au cours du 12^{ème} mois.

Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé. L'examen réalisé dans **les huit jours suivants la naissance** et celui au cours du **9^{ème} mois** donnent lieu à l'établissement d'un **certificat de santé**.

Le médecin qui a pratiqué l'examen médical établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, dans le respect du secret médical, et par envoi confidentiel (article R2132-3 du Code de la Santé Publique).

Un médecin d'un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou tout autre médecin (médecin généraliste, pédiatre,...) choisi par les parents de l'enfant ou de la personne ayant la garde de celui-ci ou peut réaliser ces examens obligatoires.

Consultation spécifique entre la sortie de maternité et 28^{ème} jour

Il est à noter par ailleurs que, pour mieux prévenir les pathologies de l'enfance et assurer un meilleur suivi, une consultation spécifique entre la sortie de maternité et le vingt-huitième jour réalisée par un pédiatre a été créée (décision UNCAM du 20 décembre 2011 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie).

Annexe III

Fiche de rappel des facteurs de risque d'un ictère grave en vue de la sortie de maternité et du suivi en post-partum immédiat

Des recommandations concernant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de l'ictère ainsi que les modalités de traitement du nouveau-né ictérique et l'organisation de sa sortie de maternité sont en cours d'élaboration par la société française de néonatalogie³¹. **Il conviendra de s'y référer lors de leur publication.**

Dans l'attente de cette publication, le groupe de travail a estimé souhaitable de rappeler aux professionnels de santé certains points consensuels des recommandations internationales déjà existantes, dont l'application permettrait d'éviter la survenue des ictères graves³². L'Académie Nationale de Médecine a, par deux fois ces dernières années, fait connaître ses craintes de voir l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine réapparaître en France³³.

L'ictère du nouveau-né est très fréquent puisqu'il concerne 60 à 80% des nouveau-nés à terme. Il est le symptôme d'une hyperbilirubinémie. Son évolution est le plus souvent spontanément favorable vers la régression. Cependant il faut garder à l'esprit que l'histoire naturelle de l'hyperbilirubinémie néonatale est évolutive sur **les premiers dix jours de vie**. Or la durée moyenne de séjour en maternité étant inférieure, de fait, « *Une sortie de maternité avant 5 jours de vie est « anticipée » par rapport à l'évolution physiologique de la bilirubinémie du nouveau-né* ». ³⁴

Il existe un autre type d'ictère à bilirubine directe (ou conjuguée), cholestatique. Les causes des ictères cholestatiques sont différentes et le pronostic des enfants atteints dépend de la précocité du diagnostic, leur prise en charge étant principalement chirurgicale ou métabolique. Seul un dosage de la bilirubine conjuguée en plus de la bilirubine totale permet de les diagnostiquer.

Le risque de complications et de séquelles graves, en cas d'hyperbilirubinémie non conjuguée sévère du fait de la neuro-toxicité de la bilirubine non conjuguée, expose le nouveau-né à des séquelles qui peuvent aller d'un déficit auditif isolé d'origine centrale (difficilement appareillable) à une atteinte sensorimotrice grave associant troubles de la coordination, paralysie oculomotrice, surdité.

³¹ Recommandations de la Société française de néonatalogie sur l'ictère néonatal à 35 SA et plus sont en cours de finalisation. Elles seront accessibles sur le site <http://www.sfpediatrie.com/groupes-de-specialites/sfn.html>

³² Rennie J, Burman-Roy S, Murphy MS, Guideline development group. Neonatal jaundice: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010;340:c2409

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316

³³ Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine, 23 novembre 2010 : <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=27&idLigne=2053>

³⁴ Dr Anne Cortey, Pédiatre, Unité Clinique du Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale, Hôpital Trousseau, Paris

Pour rappel, sur les 6 derniers mois de l'année 2010, le Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP) rapporte une recrudescence d'ictères sévères chez les nouveau-nés en Ile-de-France hors maladie rhésus :

- 8 hyperbilirubinémies sévères survenues avant 72h dont 5/8 pendant le séjour en maternité,
- 9 indications d'exsanguino-transfusion posées dont 7 réalisées sur 15,
- 5 nouveau-nés ont présenté des signes d'encéphalopathie hyperbilirubinémique aigüe avec séquelles à type d'ictère nucléaire ;

Le groupe de travail estime indispensable de rappeler que les facteurs individuels de risque d'hyperbilirubinémie sévère répertoriés dans les recommandations déjà publiées, doivent être intégrés à tout raisonnement (diagnostique ou thérapeutique) face à un ictère:

- Age gestationnel inférieur à 38 SA
- Ictères survenant précocement après la naissance : dans les 24 h à 36 heures de vie
- Incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire, déficit en G6PD ou autres maladies hémolytiques
- Antécédent d'ictère dans la fratrie (penser à poser la question systématiquement à la femme)
- Présence d'un céphalhématome et/ou d'hématomes
- Allaitement exclusif mal maîtrisé pouvant entraîner une déshydratation relative: être attentif à un allaitement sans prise de poids, insuffisant en quantité de lait (montée de lait tardive, nombre de tétées insuffisant), pour lequel la femme exprime des difficultés de mise en place, en l'absence d'un accompagnement
- Origine ethnique de la mère : Antilles, Afrique noire, Pakistan, Inde...

L'organisation du suivi d'un nouveau-né à la sortie de la maternité doit prendre en compte l'ictère (pathologie de l'adaptation néonatale). Deux types de données permettent de cerner au mieux les enfants à risque d'hyperbilirubinémie sévère après la sortie et donc d'optimiser la sortie et le suivi :

- les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie individuels du nouveau-né
- le profil évolutif individuel de l'ictère dans les premiers jours de vie au mieux colligé dans une fiche de surveillance « ictère » individuelle³⁵

La transmission des informations concernant les facteurs de risque et le profil évolutif sera un élément de référence pour l'organisation du suivi qui doit :

- être opérationnel dès 24h après la sortie ;
- permettre la quantification de l'intensité de l'ictère s'il existe (par bilirubinométrie transcutanée ou dosage sanguin de bilirubine) ;
- associer un examen clinique avec pesée et observation d'une tétée, le cas échéant ;
- avoir défini un circuit de retour organisé (professionnel référent identifié) si nécessaire.

³⁵ Une fiche individuelle de suivi et une courbe de référence de l'évolution normale de la bilirubinémie dans les premières semaines après la naissance (nomogramme) seront proposées dans le cadre des recommandations de la SFN

Annexe IV

**Fiche de liaison
de l'établissement de santé
vers le professionnel intervenant en post-partum immédiat**

Cf. page suivante

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :
 Pathologie foetale (préciser) :

ACCOUCHEMENT

le : / / à : h Terme :

Voie basse spontanée Forceps / Ventouse / Césarienne pour :

Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie
 autre

Points à surveiller :

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

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :

Date et dernier taux d'hémoglobine connu :

Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres
(préciser) :

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : M F

Poids de naissance : Poids le plus bas : date :

Jumeaux, prénom de J2 : Poids le plus bas : M F
date :

Poids de naissance : Poids le plus bas : date :

Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson

Guthrie : fait à faire (joindre buvard avec n°act + enveloppe)

Dépistage de la surdité : fait à proposer

Points à surveiller :

- Alimentation Ictère Infection
- Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à

Accompagnement(s) proposé(s) :

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

Annexe IV bis

**Fiche de liaison
du professionnel intervenant en post-partum immédiat
vers l'établissement de santé**

Cf. page suivante

Compte-rendu du suivi en post-partum immédiat

Mère		A l'attention du service maternité Nouveau-né		Professionnel de santé	
Nom :		Nom :		Nom, prénom:	
Prénom :		Prénom :		Fonction :	
Date de naissance :	/ /	Date de naissance :	/ /	Tél :	

Accompagnement du / / à J... au / / à J... Nombre de visites :

	Mère	Nouveau-né
Examen clinique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller*	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller*
Alimentation :	<input type="checkbox"/> lait maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> préparation pour nourrisson	Courbe pondérale satisfaisante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non*
Evolution :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> A soutenir*	Guthrie fait le / / à J ... Par : Drépanocytose : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dépistage de la surdité : <input type="checkbox"/> fait par : <input type="checkbox"/> non fait
Prescriptions	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*
Avis*	Au près de : le / / Pour :	Au près de : le / / Pour :
Réhospitalisation*	Etablissement / Service : le / / Pour :	Etablissement / Service : le / / Pour :

***Précisions utiles:**

.....

.....

Annexe V

Petit guide à l'usage des professionnels de santé sur le rôle de la technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF) en périnatalité³⁶

Monsieur François Edouard, vice président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF).

Les TISF sont des professionnels qui interviennent au domicile de la famille. Les activités de la vie quotidienne constituent le support privilégié de l'intervention de la TISF, lui permettant de se faire accepter de la famille, et donc de faciliter par la suite un travail d'accompagnement social et éducatif de proximité.

Elle élabore son intervention avec la personne aidée, en fonction de ses besoins, en collaboration avec son responsable et conformément au projet de service.

Elle contribue ainsi au développement de la dynamique familiale et soutient tout particulièrement la fonction parentale.

Les missions de la TISF au domicile des familles :

Les interventions de la TISF favorisent le maintien de la cellule familiale malgré des perturbations engendrées par la grossesse, la maternité, la maladie, le handicap, le décès d'un parent, ou tout autre période difficile lié à un événement (séparation, chômage...).

Elle accompagne les parents dans la gestion de la vie quotidienne et dans leur fonction parentale : soins et surveillance des enfants, accompagnement auprès de l'école, etc.

La TISF est dans le faire avec, et non dans le faire pour : le but de l'intervention étant toujours de rendre la famille autonome.

L'intervention en périnatalité:

Des services, de certaines fédérations (notamment de la FNAAFP/CSF) ont développé des interventions plus spécifiques dans le champ de la périnatalité allant au-delà des interventions classiques pendant la grossesse ou la naissance qui étaient réalisées depuis la création du métier de travailleuse familiale, ancienne dénomination de la TISF.

Le but de ces interventions spécifiques est d'intervenir le plus précocement possible auprès de jeunes mères et leur nourrisson, mais aussi lorsque des troubles dans la relation surgissent à la naissance. Ces mamans en difficulté trouvent auprès de la TISF le soutien nécessaire par un

³⁶ A consulter également : [http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-\(tisf\)-\(11503\).cml](http://www.servicessalapersonne.gouv.fr/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-(tisf)-(11503).cml)

accompagnement respectant leurs ressources propres, leurs points forts mais aussi leurs faiblesses.

L'intervention de la TISF s'articule sur l'axe pratique de la parentalité, et ainsi, se concentre davantage sur les soins du nourrisson et l'observation des interrelations comportementales entre les parents et leur enfant.

Le rôle de la professionnelle est d'étayer, de développer, de rassurer, de valoriser les parents à la fois sur leurs compétences mais aussi en s'appuyant sur les compétences du bébé.

Leur présence dans l'espace intime, l'accompagnement dans la quotidienneté, l'écoute, les échanges, la parole vivante, d'un mot la bienveillance, facilite le processus de changement accompagné par la TISF.

Selon les situations et l'observation des interrelations comportementales entre la mère et le bébé elle va :

- « Faire avec » pour encourager, soutenir, apprendre à faire.
- « Faire-faire » ou « Laisser faire » pour que la mère prenne sa place de parent, pour se réassurer, pour se reconstruire.
- « Faire à la place » Dans certaines situations elle va faire à la place, pendant un temps, pour contenir ce qui est déstructuré, soutenir ce qui est devenu trop lourd pour certains parents.

Formation

La TISF bénéficie d'une formation initiale de 950 heures de cours théoriques (psychologie, puériculture, nutrition, droit, gestion, méthodologie de projet) et de 1 155 heures de formation pratique.

Cette formation est validée par le diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale de niveau IV.

Depuis plusieurs années, une formation complémentaire en périnatalité a été mise en place pour les TISF.

Ces interventions demandent des compétences et des savoirs particuliers, qui ne sont pas abordés suffisamment dans la formation initiale. C'est pourquoi, dans le cadre de la formation continue, certaines Fédérations (dont la FNAAFP/CSF) ont souhaité développer une formation spécifique en partenariat avec des pédopsychiatres, psychologues, sages-femmes, vers l'ensemble de ces professionnels y compris l'encadrement. Formation réalisée en partenariat avec l'ARIP – Association de recherche, d'information en périnatalité, l'association PIKLER-LOCZY, et des sages-femmes provenant de réseau périnatalité.

Cette formation est principalement axée sur l'observation des relations mère-bébé, permettant ainsi à ces professionnelles de prendre toute leur place dans les équipes pluri-professionnelles.

Comment contacter les services de TISF

1° Vous pouvez obtenir les coordonnées des associations gestionnaires de services TISF auprès de la CAF de votre département.

2° Mais vous pourrez accéder directement à ces services en vous connectant sur un des 4 sites des Fédération ou Unions nationales de services à domiciles pour les familles.

FNAAFP/CSF : www.fnaafp.org

Adessa A domicile : www.federation.adessa.org

UNA : www.una.fr

UNADMR : www.admr.org

Modalités de prise en charge dans le cadre de la périnatalité

Les interventions des TISF peuvent être prises en charge par la CAF, la MSA ou la PMI. Certaines mutuelles peuvent également participer.

Annexe VI

Présentation synthétique de quelques formes d'organisation

Nota : ces organisations ne sont pas en soi des « modèles » à suivre, mais des sources d'inspiration et de réflexion.

	PRADO	Sages-femmes libérales (ANSFL)	IHAB Paul Gellé - Roubaix	Claude Bernard Metz	SOPREA (Sortie PRÉcoce des Accouchées) HFME Hospices Civils de Lyon	AP-HP HAD - cellule de retour à domicile	Centre périnatal de proximité
Type de sorties	Sorties sur critères d'éligibilité* Ne concerne pas les sorties précoces <i>*Critères d'éligibilité pour relever du dispositif : définis par la CNAMTS (femme de + 18 ans, enfant unique, voie basse, nouveau-né à terme dont le poids est en rapport avec l'âge et qui ne présente pas de problème d'alimentation)</i>	Toutes sorties	Sorties précoces pour les multipares et Dispositif Prado pour les accouchements voie basse	Initialement : sorties précoces à J2 pour voie basse Puis extension du dispositif aux autres sorties Toutes les patientes sont éligibles aux suivis à domicile	Sorties précoces (selon ANAES 2004) ainsi que surveillances particulières. Zone géographique de prise en charge limitée à 15 kms autour de la maternité	Postpartum physiologique NB : la cellule assure en outre l'organisation du suivi en cas de sortie précoce ou de post-partum pathologique (HAD)	Toutes sorties
Initiative	Les professionnels déterminent la date de sortie sur les critères d'éligibilité Un conseiller de l'Assurance maladie informe les femmes avant la sortie sur les conditions de recours à une SF libérale et leur propose une liste de sages-femmes participant au PRADO, si la femme n'en connaît pas	Les parents. Rarement : suggestion de l'équipe de la maternité aux parents.	- Sorties précoces : Information anténatale ; En post-natal : l'équipe soignante et les professionnels "réévaluent" la situation chaque jour ; - Autres sorties : Prado proposé à partir de J3 selon la parité par la maternité et les professionnels, pour les femmes qui ne souhaitaient pas de sortie précoce	Les professionnels à la maternité (projet réalisé depuis 2005)	Concertation patiente - sage-femme des suites de naissance avec la sage-femme de SOPREA qui fait partie de l'équipe hospitalière et assurera le suivi au domicile		Les parents ou l'établissement de santé lorsque des soins ou un suivi spécifique sont nécessaires (accompagnement d'un allaitement, bilan...)

	PRADO	Sages-femmes libérales (ANSFL)	IHAB Paul Gellé - Roubaix	Claude Bernard Metz	SOPREA (Sortie PREcoce des Accouchées) HFME Hospices Civils de Lyon	AP-HP HAD - cellule de retour à domicile	Centre périnatal de proximité
Modalités d'information	Initialement Information donnée après la naissance Réorienté vers une information en prénatal	Information délivrée en prénatal (entretien prénatal précoce, consultations de grossesse, préparation à la naissance) Décision prise en post-natal (du côté des parents comme du côté de la sage-femme). Peut également se mettre en place dans l'urgence du post-partum immédiat, mais selon la disponibilité de la sage-femme libérale.	Proposition faite en prénatal selon critères d'éligibilité, acceptée par les parents et inscrite dans le dossier obstétrical	Proposition faite à la consultation du 9ème mois Décision confirmée après la naissance	Information lors des séances de préparation + information écrite dans le livret remis à l'inscription + information par les sages femmes des suites de naissance	En post-natal	Par l'établissement de santé lieu de l'accouchement ou par le CPP lors du suivi prénatal
Contact avec la sage-femme	sage-femme choisie par la femme sur une liste proposée par le conseiller de l'Assurance-maladie	- A l'initiative des parents si un contact a été établi en prénatal. - Suggérée par l'équipe de la maternité en fonction de la proximité géographique si absence de contact prénatal.	Liste définie de partenariat avec certaines sages femmes libérales pour les sorties précoces.	Lors des visites en postnatal Appel des sages-femmes libérales par la sage-femme de maternité selon le souhait de la patiente ou suggérée par l'équipe de maternité en fonction du lieu géographique du domicile de la patiente	Rencontre et transmissions sage-femme des suites de naissances / sage-femme de SOPRE, en fin de séjour, dans le service.	Par la cellule	Possible contact en anténatal si le suivi de grossesse et la préparation à l'accouchement ont été réalisés au CPP, Sinon en post-natal

	PRADO	Sages-femmes libérales (ANSFL)	IHAB Paul Gellé - Roubaix	Claude Bernard Metz	SOPREA (Sortie PREcoce des Accouchées) HFME Hospices Civils de Lyon	AP-HP HAD - cellule de retour à domicile	Centre périnatal de proximité
Critères pour autoriser la sortie	- Post-partum physiologique", décision médicale	Couple maman-bébé dont l'état de santé ne nécessite plus une hospitalisation.	- en prénatal pour les sorties précoces: critères d'inclusion de la HAS - en postnatal pour les sorties précoces: pas de problèmes médicaux, psycho-sociaux, addiction... - pour les autres sorties : décision médicale de sortie	- Bilan santé physique et psychologique de la mère et de l'enfant (décision médicale du gynécologue et du pédiatre - Autonomie par rapport aux soins - Evaluation par le biais de protocoles de repérage de la mère et du nouveau-né (uniquement pour les sorties précoces)	Concertation entre les sages-femmes de suites de naissance et la sage-femme de SOPREA en collaboration avec pédiatre, obstétricien	- Grossesse, accouchement, et suites de couches normales + nouveau-né bien portant à terme : Examen clinique normal + alimentation sans difficulté Evaluation des compétences de la mère - Sans risques psychosociaux	Sortie classique
Nombre de visites	Deux visites à domicile - la première, dans les 24h après la sortie - la seconde, 24h à 48h après la première Prolongation possible à l'issue de ces 2 visites si l'état de la mère ou celui du nouveau-né le justifie (détecté par la sage-femme libérale).	Non prédéfini. En fonction de l'avis de l'équipe de la maternité, des besoins repérés par la SF à domicile et des souhaits exprimés par les parents.	- Sorties précoces après accouchement par voie basse: Visites à domicile : J3 et J5 par la sage-femme, J7 à J10 visite pédiatre ou médecin traitant - Prado : 2 visites	Première visite le jour de la sortie (pour les sorties précoces) Pour les autres sorties : 2 visites à domicile - la première visite se fait le lendemain - une deuxième visite est programmée 24 à 48h après avec la SF libérale D'autres visites peuvent être envisagées selon l'évaluation clinique de la SF libérale	Visites à domicile : de 1 visite dans 50% des situations jusqu'à 4 visites exceptionnellement.	3 visites à domicile en 6 jours (règlement direct à la SF)	Pas de visite à domicile. C'est la femme qui se déplace

	PRADO	Sages-femmes libérales (ANSFL)	IHAB Paul Gellé - Roubaix	Claude Bernard Metz	SOPREA (Sortie PREcoce des Accouchées) HFME Hospices Civils de Lyon	AP-HP HAD - cellule de retour à domicile	Centre périnatal de proximité
Professionnels impliqués	<ul style="list-style-type: none"> - Sages-femmes libérales - Conseiller de la CNAM (non professionnel de santé) 	Le réseau (équipe de la maternité, sage-femme libérale, médecin traitant, PMI si besoin repéré avec l'accord des parents, psychologue, TISF, association de soutien à l'allaitement, Jumeaux et plus, Césarine...	<p>Sorties précoces : Equipe médicale du service : Staff tous les matins pour valider les sorties, contact téléphonique avec la SF libérale.</p> <p>Sage-femme libérale (les coordonnées sont données à la femme à la maternité)</p>	- Sages-femmes libérales: un réseau de plus de 30 sages-femmes en partenariat avec la maternité (dans le cadre d'une convention)	<ul style="list-style-type: none"> - Les sages femmes des suites de naissance dont la sage-femme de SOPREA - Les professionnels de la maternité - Les relais 	<p>Cellule HAD de l'AP-HP qui prend contact avec une sage-femme libérale du secteur géographique</p> <p>La cellule organise le relai avec la PMI pour visite à domicile d'une puéricultrice avec accord de la femme.</p>	<p>Sage-femme du CPP</p> <p>Equipe de l'établissement de santé avec lequel le CPP a passé convention</p>