



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

+ 1 Ncy / 2005 / LAURENT - CHEVALIER

DOUBLE

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ
NANCY I
2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 133



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Stéphanie LAURENT - CHEVALIER

le 26 octobre 2005

**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à Gérardmer
en partenariat avec la maternité de Remiremont.
Etude rétrospective sur 2 ans.**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur J-M. Hascoët
Mr le Professeur P. Vert
Mr le Professeur M. Schweitzer
Mr le Docteur P. Dulucq

Président
}
} Juges
}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 251344 7



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Stéphanie LAURENT - CHEVALIER

le 26 octobre 2005

**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à Gérardmer
en partenariat avec la maternité de Remiremont.
Etude rétrospective sur 2 ans.**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur J-M. Hascoët
Mr le Professeur P. Vert
Mr le Professeur M. Schweitzer
Mr le Docteur P. Dulucq

Président
}
} Juges
}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PRÉVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET –

Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND –
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur Le Professeur Jean-Michel Hascoët

Professeur de Pédiatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse.

Nous avons apprécié l'intérêt que vous avez témoigné pour ce sujet et nous vous exprimons notre plus vive gratitude pour votre enseignement au cours de nos études.

Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A NOS MAITRES ET JUGES,

Monsieur le Professeur Paul Vert

Professeur de Pédiatrie

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Durant nos études, nous avons apprécié l'étendue de vos connaissances et c'est avec émotion que nous nous souvenons de notre premier stage hospitalier au sein de votre service.

Nous sommes très honorée de vous compter parmi nos juges et vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Que celui-ci soit le témoignage de notre plus vive reconnaissance.

Monsieur le Professeur Michel Schweitzer

Professeur de Gynécologie et Obstétrique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Que celui-ci soit un témoignage respectueux de l'enseignement que vous nous avez dispensé et veuillez-y trouver l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE, JUGE ET DIRECTEUR DE THESE,

Monsieur le Docteur Philippe Dulucq

Praticien hospitalier en Pédiatrie

Vous avez accepté la direction de cette thèse et vous nous avez réservé le meilleur accueil.

Nous vous remercions pour vos qualités humaines et professionnelles et pour la grande bienveillance que vous avez toujours manifestée à notre égard.

Puissiez-vous trouver dans ce travail le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre considération admirative.

A Nicolas, mon mari,

Ton amour, ton soutien et tes conseils m'ont permis de mener à bien ce travail.
Je te remercie vivement pour ta patience et pour tous ces moments inoubliables
passés et à venir...

A Théo et Léna, nos enfants,

Je vous assure aujourd'hui de tout mon amour et de toute ma tendresse et vous
remercie pour les 1000 bonheurs que vous nous prodiguez chaque jour.

A mes parents,

Je vous remercie infiniment pour votre confiance et votre soutien durant tout mon parcours. Que cette thèse soit la récompense de votre patience et l'expression de mon amour et de ma profonde reconnaissance.

A mes sœurs, beaux-frères, neveux et nièces,

Je vous remercie pour tous ces moments de joie que représentent chacune de nos rencontres et vous assure de toute mon affection.

A mes beaux-parents,

Recevez ici le témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A toute ma famille et ma belle-famille,

Chacun de vous est un maillon de la chaîne qui m'a permis d'arriver ici aujourd'hui. Je vous remercie pour tous ces moments partagés, passés et futurs.

A tous mes amis, des Vosges et d'ailleurs...,

Nos chemins sont divers et variés. Ils enrichissent mon parcours aussi souvent qu'ils se croisent et je vous en remercie.

A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce travail,

Les appels téléphoniques, entretiens, rencontres, courriers et messages électroniques échangés avec chacun de vous m'ont permis de rédiger ce travail. Soyez remerciés pour ces aides ponctuelles et précieuses.

Les sorties précoces de maternité. Versant pédiatrique.

Evaluation du service d'Hospitalisation à domicile mis en place à Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont. Etude rétrospective sur 2 ans.

Sommaire.

Introduction.....	17
Les conditions de la naissance.....	18
I. Histoire et tradition des lieux de naissance.....	19
I.1. L'accouchement traditionnel jusqu'au XVIIème siècle.....	19
I.2. Les transformations de la naissance à domicile au XVIIIème siècle.....	21
I.3. XIXème siècle : Emergence des maternités.....	23
I.4. Les accouchements à l'hôpital.....	24
II. Organisation de la périnatalité en France	27
II.1. 1939-1968 : Prise en charge de la santé des mères et des enfants.....	27
II.2. 1969-1972 : Elaboration d'un programme de périnatalité.....	28
II.3. Les textes réglementaires.....	30
II.4. 1972-1981 : La réalisation du programme de périnatalité.....	30
II.5. Pendant ce temps en Lorraine	32
II.6. 1981-1992 : Observations et réflexions	33
II.7. 1993-2000 : Le plan périnatalité.....	34
II.8. Plan de soutien à la périnatalité.....	38
II.9. Et aujourd'hui, le plan périnatalité 2005-2007.....	39
Le séjour en maternité	43
I. Les structures d'accueil.....	44
II. Le nouveau né en maternité.....	45
II.1. Prise en charge lors de la naissance	45
II.2. Le suivi en maternité.....	47
II.2.1. Le suivi quotidien.....	47
II.2.2. L'examen du « 8 ^{ème} jour ».....	48

Sommaire (Suite)

Le séjour en maternité (Suite)

III. Rappel des principales complications et pathologies néonatales possibles.....	49
IV. Rôle et attentes de ce séjour à la maternité.....	65
V. Evolution de la durée de séjour et des critères de sortie.....	67

Application à la maternité de Remiremont..... 76

I. Histoire de l'établissement de santé de Remiremont.....	77
II. Présentation des services actuels.....	85
III. Recueil de données.....	87

Les sorties précoces des nouveau-nés et le système d'Hospitalisation à Domicile..... 90

I. Définitions et principes.....	91
I.1. Les sorties précoces.....	91
I.2. L'Hospitalisation à Domicile.....	92
II. Etat des lieux en 2002 ; les structures, les places et leur répartition sur le territoire.....	94
III. Approche par 2 exemples : Paris (avec l'AP/HP) et Grenoble.....	95
IV. Les risques liés à une sortie précoce.....	101

Application à Gérardmer..... 106

I. La maternité de Gérardmer et la naissance du service d'Hospitalisation à Domicile.....	107
I.1. Historique.....	107
I.2. Les objectifs de l'HAD et les textes officiels.....	110
I.3. Le secteur géographique.....	110
I.4. Les moyens engagés (humains et matériels) et les actions menées.....	111
II. Evolution du service.....	113

Evaluation du service d'HAD de Gérardmer. Etude rétrospective sur 2 ans..... 117

I. Objectifs de l'étude.....	118
I.1. Population étudiée.....	118
I.2. Matériel et méthode.....	118
II. Les résultats.....	119



Sommaire (Suite)

III. Analyse et discussion.....	120
III.1. La ville d'origine.....	120
III.2. Le terme.....	122
III.3. Le sexe.....	124
III.4. La parité.....	125
III.5. Les poids (de naissance, à la sortie de la maternité, en fin d'HAD).....	129
III.6. La durée de l'hospitalisation à domicile.....	131
III.7. Les demandes d'aide-ménagère.....	133
III.8. Le mode d'allaitement.....	135
III.9. Les gestes effectués.....	137
III.10. Les conseils reçus.....	138
III.11. L'examen du « 8 ^{ème} jour ».....	139
III.12. Points forts et points faibles.....	140
III.13. Renouveler l'expérience ?.....	147
III.14. Le taux de ré hospitalisations.....	148
III.15. Les coûts.....	149
IV. Et l'avenir ?.....	150
 Intérêts et inconvénients des sorties précoces de maternité pour les nouveau-nés.....	 153
 Conclusion.....	 159
 Abréviations.....	 160
 Table des graphes et tableaux.....	 162
 Bibliographie.....	 167
 Annexes.....	 172

Introduction

L'évolution des pratiques a fait qu'au cours du XXème siècle, les nouveau-nés qui voyaient le jour en milieu familial en vinrent à séjourner une semaine en maternité. Aujourd'hui, un esprit d'économie et le désir des mères, qui souhaitent limiter une « surmédicalisation » de la naissance, inversent la tendance et font progressivement diminuer la durée de séjour en maternité.

Sensibilisés à cette évolution inéluctable, les professionnels de médecine périnatale en ont fait un sujet de choix lors de nombreux colloques, et notamment au cours des Journées Françaises de Médecine Périnatale à Nantes en octobre 2003. Parallèlement, l'ANAES a rédigé des recommandations sur les sorties précoces et l'Académie de Médecine et l'Académie de Médecine a monté un groupe de travail pour réfléchir sur la prise en charge des nouveau-nés durant leur première semaine de vie.

Au cours de ce travail, nous allons aborder le versant pédiatrique du sujet en analysant notamment l'activité et l'apport, pour la population, d'un système d'Hospitalisation A Domicile dans les suites d'une sortie précoce, tel que celui qui a été développé à Gérardmer en 1992 après la fermeture de la maternité. Cette étude va nous permettre également d'évoquer l'ambiguïté de ce terme « d'hospitalisation à domicile » (suggérant la prise en charge de patients malades) alors que la fonction d'un service d'HAD en périnatalogie consiste en l'accompagnement à domicile de couples mères – enfants sans pathologie dans le but d'éviter une médicalisation trop importante.

En préambule, nous allons retracer l'évolution des conditions de la naissance en France et les politiques suivies dans le domaine de la périnatalité au cours de la deuxième partie du XXème siècle.

Nous redéfinirons également le rôle d'un séjour à la maternité après une naissance et les risques qui peuvent être liés à une sortie précoce et un suivi inadapté.

La définition et les principes de l'Hospitalisation A Domicile seront illustrés par deux exemples ; celui de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et celui de Grenoble.

Enfin, une brève revue de la littérature nous permettra de proposer une synthèse des avantages et des inconvénients d'une sortie précoce de la maternité et d'en définir les éléments nécessaires à sa réussite et à sa sécurité.

**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Première partie :

Les conditions de la naissance

Au cours des siècles derniers, les conditions qui entourent une naissance ont bien changé. Ce chapitre retrace l'évolution de celles-ci et explique comment les naissances ont intégré l'hôpital et ont mené à la création des maternités.

I. Histoire et tradition des lieux de naissances [1,2].

I.1. L'accouchement traditionnel jusqu'au XVIIème siècle.

Pendant des millénaires, les naissances se déroulaient à la maison, dans un espace familial et quotidien. C'était dans la salle commune, la plus grande pièce de la maison où se trouvait la cheminée qui maintenait une chaleur satisfaisante pour la parturiente et son enfant.

Cette pièce était calfeutrée, non seulement pour se protéger du froid, mais également pour empêcher les mauvais esprits d'entrer.

Parfois, dans les familles les plus pauvres, l'accouchement avait lieu dans l'étable pour profiter de la chaleur des animaux.

A cette époque, la femme en travail était exclusivement assistée par un entourage féminin.

D'abord il y avait la matrone, généralement âgée, disponible et connue de tout le village. Elle avait appris son métier par la pratique, par expériences. C'est le curé de la paroisse qui surveillait ses compétences et qui lui donnait le droit de réciter les formules de baptême au cas où un enfant le nécessitait dès sa naissance.

Ensuite, il y avait les parentes, amies et voisines qui avaient déjà accouché. Elles accouraient dès l'annonce des premières douleurs pour soutenir la future mère. Ainsi, chaque naissance était l'affaire de toutes les femmes du village, et non un acte intime et familial.

Toutes ces femmes, alors appelées « les commères » préparaient le linge, le lit, et apportaient l'eau chaude, le fil et tout ce qui était nécessaire à l'accouchement. Elles dissipaient l'angoisse de la parturiente en racontant des histoires. Après la naissance, elles emmaillotaient le bébé, préparaient une soupe reconstituante pour l'accouchée, et elles nettoyaient la pièce.

Les jours suivants, elles passaient pour aider aux travaux domestiques.

Dans la France traditionnelle, la femme accouchait toujours « à couvert », sous des draps et des vêtements, car il était inconvenant de se montrer dénudée à l'entourage. En revanche, il existait une grande liberté dans les positions d'accouchement. Selon les coutumes régionales ou la manière dont l'enfant se présentait, la parturiente choisissait la position qui lui convenait le mieux : couchée, accroupie, à genoux ou même assise sur une sorte de chaise percée ; ce qui se pratiquait beaucoup en Alsace et en Lorraine.

Eventuellement, mais uniquement quand l'accouchement se passait mal et en ultime recours, un médecin pouvait être appelé au chevet de la femme. Il s'agissait alors de cas désespérés et le médecin hésitait souvent à tenter une césarienne sur une femme vivante malgré la parution, en 1581, du « *Traité nouvel de l'hystérotomie ou enfantement césarien* » rédigé par François Rousset. Dans ce traité, il y rappelle, après Gallien, et avec une étonnante précision, que l'incision des muscles de l'épigastre est sans danger ; mais à cette époque, il occultait les 2 principales complications des césariennes : l'hémorragie et l'infection.

Ainsi, jusque là, l'accouchement se déroulait dans un univers familial, chaleureux et confiné pour la parturiente; mais l'impuissance de la médecine d'autrefois et l'insuffisance de compétences des matrones faisaient que de trop nombreuses fois, femmes et enfants y laissaient la vie ou étaient mutilés à vie.

Mais dès cette époque, il existait déjà des accouchements autres qu'à domicile.

Tout d'abord, certaines femmes accouchaient aux champs, souvent seules. Les premières douleurs survenaient subitement parce que les conditions de travail étaient pénibles et constantes jusqu'à la fin de la grossesse. Elles ne pouvaient pas se permettre d'arrêter de travailler, les animaux et les champs ne toléraient pas de retard. De plus, les accouchements inopinés étaient fréquents étant donné l'incertitude du terme des grossesses.

D'autres femmes allaient à l'hôpital pour leurs couches. Mais ce n'était pas un établissement de soins comme nous les connaissons aujourd'hui. Il s'agissait de structures qui accueillaient sans discrimination et dans la promiscuité, les vagabonds, les fous et les enfants trouvés. Seules les femmes très pauvres, délaissées ou les « filles - mères » éperdues de honte venaient y accoucher. Dans ces lieux, les femmes y mouraient beaucoup plus qu'ailleurs du fait de l'insalubrité.

I.2. Les transformations de la naissance à domicile au XVIIIème siècle.

Le XVIIIème siècle a vu l'apparition progressive des accoucheurs.

Selon la tradition, le premier chirurgien convoqué pour un accouchement l'aurait été par le jeune roi Louis XIV en 1663, soucieux de discrétion et de sécurité pour les couches de sa maîtresse Mademoiselle de La Vallière.

Auparavant, les reines et favorites royales étaient accouchées par des sages femmes, dont la célèbre Louise Bourgeois au service de Marie de Médicis.

Après cet illustre exemple, la « mode » de l'accoucheur se répand peu à peu dans la noblesse et la bourgeoisie, malgré la réticence de certaines femmes et des maris jaloux. Le chirurgien François Mauriceau le déplorait d'ailleurs : *« Il y a des gens qui disent qu'un chirurgien qui veut pratiquer des accouchements doit être malpropre ou à tout le moins fort négligé, se laissant venir une longue barbe sale, afin de ne donner aucune jalousie aux maris des femmes. »* [3].

Mais ce combat contre les accoucheurs était d'arrière garde, et les chirurgiens (depuis Ambroise Paré notamment qui était appelé « sage-femme en culotte ») souhaitaient pénétrer le mystère de la vie et agrandir le cercle de leurs actions en réalisant des accouchements.

Ils s'adressaient surtout aux familles aisées des villes et se faisaient connaître auprès des femmes enceintes. Ainsi, il était de plus en plus fait appel à eux au cours du siècle des lumières.

De plus, ils savaient petit à petit se rendre indispensables auprès des maris qui ne voulaient plus voir leurs femmes mourir en couches. Ils représentaient force et sérénité si l'enfant se présentait mal; et les femmes les acceptaient aussi de plus en plus facilement car elles voulaient la vie sauve pour elles et leurs bébés.

Au fil du temps, ces pratiques se sont répandues et ont touché le peuple des villes. Dès qu'elles en avaient la possibilité, les femmes allaient souhaiter la présence d'un accoucheur.

Mais l'arrivée de ces hommes, dans un monde traditionnellement réservé aux femmes, allait transformer les conditions de la naissance.

L'un des précurseurs de ce nouveau mode de naissance était le grand accoucheur : le Docteur Baudelocque. Il officiait à la fin du XVIIIème siècle. Comme ses confrères, il a fait

réduire le nombre des proches qui assistaient à la naissance, pour diminuer tous les commérages, et il a fait aérer la pièce. Ainsi, il a écrit : « *On observera qu'il n'y ait dans la chambre de la femme que les personnes absolument nécessaires ; pour qu'il s'y fasse moins de bruit, que l'air en soit moins raréfié et moins chargé de vapeurs animales. On y fera peu de feu même en hiver, pour prévenir les mêmes inconvénients et on ouvrira de temps à autre une croisée ou la porte pour que l'air puisse se renouveler* » [4].

Ces différents éléments contribuaient au bien-être de la patiente, mais ils ont également conduit les femmes à se retrouver de plus en plus seules face à l'accoucheur.

De même, le médecin allait imposer aux femmes la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elles en les mettant couchées sur le dos. Ceci était un grand changement par rapport aux libertés antérieures où les femmes accouchaient comme elles le désiraient...

L'accoucheur s'est imposé également par l'intermédiaire des instruments qu'il utilisait depuis la fin du XVII^{ème} siècle et qui étaient relativement efficaces (forceps, leviers, crochets...). Ces instruments devenaient le privilège exclusif des hommes, puisque sages-femmes et matrones, même instruites, n'avaient pas le droit de s'en servir.

Ainsi, par ses pratiques instrumentales, l'accouchement a cessé d'apparaître comme un acte naturel: il nécessitait le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'était le premier pas vers la médicalisation de la naissance qui aura pour effet de séparer peu à peu la femme de son environnement familial.

Cependant, les femmes ne vont pas disparaître du chevet des parturientes; et même si l'Encyclopédie de Diderot affirmait en 1772 que « *un chirurgien accouche mieux qu'une sage-femme* », elles demeuraient indispensables pour la majorité des accouchements, surtout à la campagne.

A partir de 1760, en France, le pouvoir royal s'est efforcé de leur donner une véritable formation médicale qu'il a confiée tout naturellement aux chirurgiens accoucheurs.

En quarante ans, 200 « accoucheurs – démonstrateurs » ont formé de 10 à 12 000 sages-femmes. C'était réellement un progrès par rapport à l'ignorance des anciennes matrones. On peut noter également le travail de Marie-louise Lachapelle qui a exercé son métier de sage-femme à la maternité de l'Hôtel-Dieu, mais qui a aussi été une excellente

enseignante et l'auteur d'un manuel sur la pratique des accouchements. A cette époque, l'accoucheur Baudelocque reconnaissait lui-même sa compétence, mais comme ses confrères, il affirmait un strict partage des actes entre les hommes et les femmes: les sages-femmes pouvant effectuer tous les accouchements « naturels »; les accoucheurs devant être appelés dans les cas « contre nature » et ayant seuls le droit de se servir des fameux instruments.

A la différence des matrones qui avaient été choisies par le village, les nouvelles sages-femmes, formées à la ville, n'étaient plus aussi proches des femmes qu'elles assistaient. Comme elles l'avaient appris de leurs maîtres, elles ont voulu aérer la pièce et faire sortir les compagnes inutiles. Elles avaient également une attitude plus distante vis à vis du travail et de la souffrance; elles ne voulaient plus être celles qui accompagnaient et encourageaient les cris qui aidaient à expulser. Elles étaient plus insensibles et plus autoritaires.

Si, entre leurs mains, la naissance avait plus de chance de bien se passer, la femme se retrouvait aussi plus isolée.

I.3. XIXème siècle; apparition des centres de naissance, émergence des maternités.

Durant les deux premiers tiers du XIXème siècle, les maternités gardaient l'image de mouiroirs où ne se retrouvaient que les filles mères et les « pauvresses ». La fièvre puerpérale restait en effet le grand fléau de ces établissements, et le personnel ne prenait aucune précaution d'hygiène car il ne connaissait pas encore le vecteur de propagation de ce mal. Il n'existait pas de blouses et les accoucheurs ne se lavaient que rarement les mains malgré les propos de Semmelweis en 1846 sur les transmissions d'agents invisibles.

Ce n'est qu'en 1879 que les découvertes de Pasteur allaient permettre de comprendre cette fièvre, son origine et les mécanismes de sa contagion. L'agent infectieux, le streptocoque, était isolé, et grâce aux pratiques d'antisepsie mises en place à ce moment là, les épidémies allaient désormais être évitées ou tout au moins jugulées dès leur début.

L'ensemble des travaux de cette époque allait permettre de révolutionner la médecine, dans sa pratique, mais aussi et surtout dans son efficacité ; et l'hôpital allait changer d'image.

De plus, c'est au XIXème siècle que les médecins ont découvert les substances anesthésiantes et analgésiques telles que la morphine, mais également l'opium, l'éther et le chloroforme. Ces produits révolutionnaient la chirurgie, mais étaient aussi utilisés au cours des accouchements, essentiellement par les anglais car les français étaient initialement plus réticents.

Les progrès de la médecine et ces moyens de contrôler les douleurs ancestrales de l'enfantement ont alors contribué à rendre l'hôpital plus attractif. Les parturientes, qui souhaitaient bénéficier de ces techniques antalgiques, rendaient leur passage à l'hôpital indispensable, car c'était là qu'officiaient les accoucheurs, les sages-femmes n'ayant pas recours à ces substances.

Ainsi, au cours du XIXème siècle, pour accoucher, les femmes allaient, selon leur volonté, quitter leur intérieur et son ambiance féminine pour rejoindre l'hôpital et son entourage médical masculin mais sécurisant.

I.4. XXème siècle : les accouchements à l'hôpital.

En France et dans l'Europe entière, tout comme aux Etats-Unis, c'est aux alentours de 1920 que la naissance en milieu médicalisé s'est répandue ; d'abord dans les grandes villes puis dans les villes de province.

Ainsi, à Paris, en 1939, la majorité des accouchements avaient lieu à l'hôpital (67,8%, contre 7,7% à domicile et 24,3% chez une sage-femme).

Cet effet s'est amplifié par la prise de conscience, par l'Etat, des conséquences d'une baisse de la natalité. Celle-ci devenait préoccupante, passant de 21,4‰ en 1920 à 14,6‰ en 1938, et inquiétude grandissante, à partir de 1935, car le nombre absolu de décès était supérieur à celui des naissances.

Alerté par ces chiffres et poussé par les associations populationnistes telles que l'Alliance nationale, l'Etat allait aider les jeunes mères.

En 1920-1930, il y a eu une véritable politique de médicalisation de la naissance et d'aide aux familles qui s'est mise en place. Ainsi, les salariées les moins payées ont eu droit à une prise en charge forfaitaire des frais liés à l'accouchement, au versement pendant 12 semaines d'une indemnité équivalente à la moitié de leur salaire et à des allocations mensuelles d'allaitement.

Dans la même période, l'hôpital se transformait. Des anciens hospices voués à l'assistance des plus pauvres, on passait à de nouveaux établissements modernes. L'hôpital devenait plurifonctionnel, comme par exemple la maison d'accouchement Baudelocque située dans le boulevard de Port-Royal à Paris qui est devenu un hôpital à l'architecture soignée et aux activités multidisciplinaires de haute technologie médicale. Ainsi, à côté de la maternité,

on trouvait maintenant un service de consultations (gynécologie et obstétrique), un laboratoire d'analyses, des consultations de jeunes enfants, un centre de donneuses de lait et une consultation prénuptiale. Les locaux étaient plus accueillants, propres, vastes et aérés, loin de la promiscuité et de l'anarchie des anciens établissements.

Mais accoucher à l'hôpital n'était pas toujours rose pour les parturientes. Elles étaient totalement abandonnées au personnel médical et paramédical, les familles et maris étant éloignés par mesure d'hygiène. La solitude de la salle de travail ne rassurait pas les futures mères qui acceptaient cela avec résignation.

A cette époque, après la naissance, les femmes hospitalisées avaient des règles de vie très strictes ; elles n'avaient droit qu'à très peu de visites (1 heure par jour et maximum trois personnes) et ne pouvaient s'isoler. Les salles communes contenaient de 10 à 40 lits, ce qui rendait le repos difficile. Cela permettait tout de même de créer un certain esprit de convivialité entre les jeunes mères qui retrouvaient ainsi un peu du bonheur du bavardage d'autrefois.

Mais malgré ces progrès évidents au niveau de la sécurité et du confort, beaucoup de femmes des grandes villes restaient sceptiques et préféraient accoucher à la maison quand elles en avaient les moyens.

A la campagne, les maternités modernes n'existaient pas encore. Les sages-femmes travaillaient à domicile ou dans de petites maternités rurales de quelques lits où les conditions n'avaient guère changé depuis le XVIIème siècle. En 1937, 500 cantons sur 2200 étaient encore dépourvus de sages-femmes instruites, et les anciennes conditions d'accouchement perduraient encore jusque dans les années 1950, dans bien des régions.

Ainsi, dans la première moitié du XXème siècle, il n'y avait pas de règle sur le lieu des accouchements. La bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchaient de façon prédominante à la maison, tandis que les classes populaires se tournaient vers le milieu hospitalier.

En 1945 apparaît alors la Sécurité Sociale qui a permis le développement de l'hôpital, en rendant son accès gratuit pour les ayant droits. Ceci a engendré la création de nombreuses petites maternités où de plus en plus de mères vont donner naissance à leurs enfants.

Dès 1952, l'évolution s'est accélérée ; et les accouchements à l'hôpital ont rapidement pris l'ascendant comme le montre le tableau ci dessous.

Années	Pourcentages d'accouchements à domicile
1952	47%
1960	20%
1962	15%
1968	4%
1972	2%
1979	0,40%

Tableau n° 1 : Pourcentages d'accouchements à domicile au cours de la seconde partie du XXème siècle.
D'après : « Bien naître » – Claude Rumeau-Rouquette, Edition médicale et scientifique. Octobre 2001. [5]

Ces transformations des conditions de la naissance ce sont faites conjointement à la diminution des indicateurs de la périnatalité tels que la mortalité maternelle (décès de la mère au cours de la grossesse et jusqu'à 42 jours après la naissance) et périnatale (du 3^{ème} trimestre de la grossesse à 1 semaine de vie pour l'enfant). Le tableau suivant nous permet de suivre cette amélioration des indicateurs et montre le côté positif de cette médicalisation de la naissance envers la santé des mères et des nouveau-nés.

	Mortalité périnatale pour 1000 naissances	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances
1925	59	297
1940	38	200
1950	32	86
1955	32	61,1
1960	31,3	54
1965	27,7	34,5
1970	23,4	28,1
1975	18,1	19,9
1980	12,9	12,9
1985	10,7	12
1990	8,3	10,4
1991	8,2	11,9
1992	7,7	12,9
1993	7,5	9,3
1994	7,4	11,7
1995	7,4	9,5
1996	7,2	13,2
1997		9,6
2000		13,8

Tableau n°2: Evolution au fil du temps de la mortalité maternelle et périnatale.

Sources : INSEE – Article sur la mortalité aux jeunes âges en Europe et en Amérique du Nord du XIXème siècle à nos jours [6]

Ainsi, aujourd'hui, les accouchements à domicile sont très occasionnels (moins de 1%), et même si certaines associations militent pour un retour des naissances à la maison, la tendance ne devrait plus s'inverser.

Les femmes n'ont pas été victimes de cette évolution ; elles ont souhaité ces changements qui signifiaient davantage de sécurité et moins de souffrances pour elles et leurs enfants. La médicalisation de la naissance a fait ses preuves et assure une plus grande sécurité, mais elle doit préserver le côté humain de l'événement d'une naissance au sein d'une famille.

II. Organisation de la périnatalité en France [5].

La périnatalité, comme nous l'avons évoqué précédemment, est devenu un thème important pour les dirigeants de notre pays depuis le début du XXème siècle. La baisse de la natalité survenue à cette période inquiétait les hauts dignitaires de l'Etat ; il fallait de nouveaux enfants pour assurer l'avenir du pays et dans la fin des années 30, le second conflit mondial se préparait.

Ainsi, les aides périnatales ont vu le jour dans les années 20. Initialement pour les plus défavorisés, elles se sont progressivement généralisées et différentes réformes ont été mises en place pour améliorer les conditions de la naissance comme nous allons le voir maintenant.

II.1. 1939- 1968 : Prise en charge de la santé des mères et des enfants.

La santé des mères et de leurs enfants fait l'objet d'une véritable politique qui a vu le jour au moment de la seconde guerre mondiale, alors que le gouvernement souhaitait encourager la natalité.

Le 29 juillet 1939 est adopté le Code de la famille. Il a été établi par un Haut Comité dont faisait notamment partie un pédiatre : Robert Debré. Ce Code a été complété par un décret en date du 24 avril 1940 et constitue encore une des bases de notre législation actuelle.

Il est scindé en 3 volets :

- Protection sociale de la famille
- Protection sociale et médicale de l'enfant
- Aide à la famille (prime de naissance, allocation familiale)

En 1942, l'institution de la fête des mères célébrée annuellement montre bien la volonté nationale de promouvoir les naissances.

Le gouvernement provisoire institue en 1945 un Haut Comité de la Population et de la Famille, et l'ordonnance du 2 novembre 1945 crée le service de PMI, Protection Maternelle et Infantile. Cet événement s'intègre dans une série d'ordonnances qui établissent les fondements de la législation sociale qui régit encore notre pays, et notamment l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui instaure la Sécurité Sociale.

La PMI réglemente les structures d'accueil et le personnel engagé pour s'occuper des mères et enfants en bas âge. Son premier objectif est d'apporter une réponse médicale aux conditions de vie précaires engendrées par la guerre, et elle se développe parallèlement au « baby boom », cette vague de natalité survenue au lendemain du conflit.

A cette époque, la femme enceinte doit se soumettre à 3 examens médicaux prénatals et 1 examen postnatal pour percevoir les allocations. Les enfants font l'objet d'une surveillance sanitaire jusqu'à l'âge de 6 ans, retracée dans un carnet de santé personnel.

Les conditions de vie s'améliorent progressivement surtout au niveau de l'alimentation des enfants et de l'hygiène. De même, une prise de conscience des problèmes liés à la prématurité et aux risques congénitaux est de plus en plus nette, et le risque social est mieux pris en compte.

Une réforme de la PMI est alors envisagée pour la rendre plus proche de la population. Celle-ci survient dans les années 1962-1964, avec une organisation départementale, elle-même divisée en circonscriptions. Elle établit une surveillance médicale de la petite enfance et de la femme enceinte ; des assistantes sociales sont mises à la disposition des familles et des puéricultrices se rendent au domicile des jeunes parents si nécessaire.

II.2. 1969-1972 : Elaboration d'un programme de périnatalité.

En 1969, le ministère de la santé est chargé de définir les priorités des actions à mener dans le domaine de la santé, et les problèmes liés à la naissance en font partie.

Une prise de conscience de la fréquence des handicaps et du taux important de mortalité et morbidité infantile impose une amélioration des conditions de la naissance. En effet, à cette époque et par an, le nombre de décès relatif à la période périnatale est de 22 000 et celui des handicaps d'origine congénitale est d'environ 40 000. La prise en charge de ces

handicaps occasionne alors un coût économique de près de 15 milliards de francs par an, somme que les responsables du gouvernement entendent bien faire diminuer [7].

Dès cette date, on note la volonté d'adresser les femmes ayant une grossesse « à risque élevé » dans des structures adaptées, des maternités mieux équipées et donc plus à même de les prendre en charge.

L'objectif du programme de périnatalité est alors clairement défini ; il s'agit de « réduire les conséquences, dommageables sur les plans humain, économique et financier, des décès et des handicaps imputables à la grossesse et à l'accouchement ».

Pour se faire, le gouvernement adopte un programme en 6 points qui entre dans la Rationalisation des Choix Budgétaires (R.C.B.) ; c'est la première fois qu'une telle opération est menée au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

Voici les grands axes du programme :

** Formation et perfectionnement du corps médical.*

Il faut remédier à l'insuffisance du nombre des obstétriciens et mettre au point un enseignement de médecine périnatale.

** Information, statistique et recherche.*

Une fiche sera établie pour chaque femme enceinte dans les maternités et les centres de PMI, et des recherches épidémiologiques et biologiques seront confiées à l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale créée en 1964).

** Vaccination contre la rubéole.*

Elle sera pratiquée sur environ 350 000 femmes exposées dans leur profession et chez toutes les filles de 13 ans.

** Surveillance prénatale.*

Intensification de la surveillance prénatale des grossesses à haut risque en passant de 4 à 10 le nombre de consultations et en créant les centres de surveillance de ces grossesses difficiles dans les CHU.

** Surveillance de l'accouchement.*

Prévision de doter les CHU des moyens nécessaires à une surveillance intensive des accouchements à haut risque et rénovations des maternités publiques en général.

** Réanimation des nouveau-nés.*

La réanimation en salle de travail sera développée en équipant toutes les maternités en matériel léger et en recyclant les personnels médicaux par des stages de courte durée. Développement supplémentaire de 5 centres de réanimation intensive en plus des 7 préexistants.

Afin de réaliser ces objectifs, des bases réglementaires ont été définies.

II.3. Les textes réglementaires.

Le 15 juillet 1970 est promulguée une loi relative à la délivrance de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs des enfants ; et en 1971, un décret définit le contenu des examens pré- et postnataux.

En 1972, le décret Dienesch établit les normes applicables aux établissements privés d'accouchement (nombre de lits minimum, taux de sages-femmes et agents par lits...)

Les conditions de travail de la femme enceinte sont également prises en compte avec une nouvelle réglementation. Ce travail est directement mis sous contrôle du médecin qui peut, si nécessaire médicalement, prolonger de 2 semaines le congé légal de maternité.

II.4. 1972-1981 : La réalisation du programme de périnatalité.

Le programme initial était prévu sur 5 ans, mais le ministère de la santé a reconduit les crédits sur 10 ans. Les indicateurs de santé et les enquêtes réalisées aux échelons national et régional ont permis d'en mesurer son impact.

Ainsi, différents indicateurs ont été recensés périodiquement tels que :

- le taux de mortalité maternelle pour 1000 naissances
- le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances avec ses diverses composantes (périnatale, néonatale précoce et tardive, infantile...)
- l'évolution de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement avec différents critères (nombre de visites prénatales, nombre de visites par l'équipe d'accouchement, nombre d'échographies, taux d'hospitalisations pour 100 grossesses, monitoring, taux d'analgésies péridurale, mode de début de travail, taux de césariennes...)
- le contexte sociodémographique (âge maternel, parité, profession...)
- les paramètres de l'enfant (âge gestationnel, poids de naissance, taux de malformations...)

Ces mesures ont changé les mentalités et ont remporté des succès dans plusieurs domaines. Elles ont permis une évolution des indicateurs avec une chute de la mortalité périnatale et de la prématurité. De même, la prévention a été très nettement améliorée.

	1960	1972	1981
Mortalité périnatale pour mille naissances	31,3	25	12,3
Mortalité infantile pour mille naissances	27,4	21	9,7
Prématurité		8,20%	5,60%
Enfants de moins de 2500g à la naissance		6,20%	5,20%
Enfants hypotrophiques quel que soit leur âge gestationnel		5,10%	3,60%
Femmes recevant moins de 4 consultations au cours de la grossesse		15,30%	3,90%
Surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal pendant le travail		6,40%	70,60%

Tableau n°3: Evolution de différents indicateurs de la périnatalité entre 1972 et 1981. Source INSEE.

Au cours de ces 10 années, l'obstétrique a également changé de visage. Les conditions psychologiques de l'accouchement se sont améliorées avec la présence du père dans la salle de naissance, et une meilleure préparation de la future maman.

Cependant il persiste en 1980 de très fortes inégalités qui vont progressivement être mises à jour.

Cette amélioration des conditions de la naissance et des indicateurs de périnatalité ainsi que l'évolution des prises en charge sont objectivées grâce aux enquêtes nationales demandée à l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) par le Ministère de la santé en 1972, 1975-1976 et 1981. On retrouve ces résultats et analyses dans le livre de C. Rumeau-Rouquette, C. Du Mazaubrun et Y. Rabarison [8].

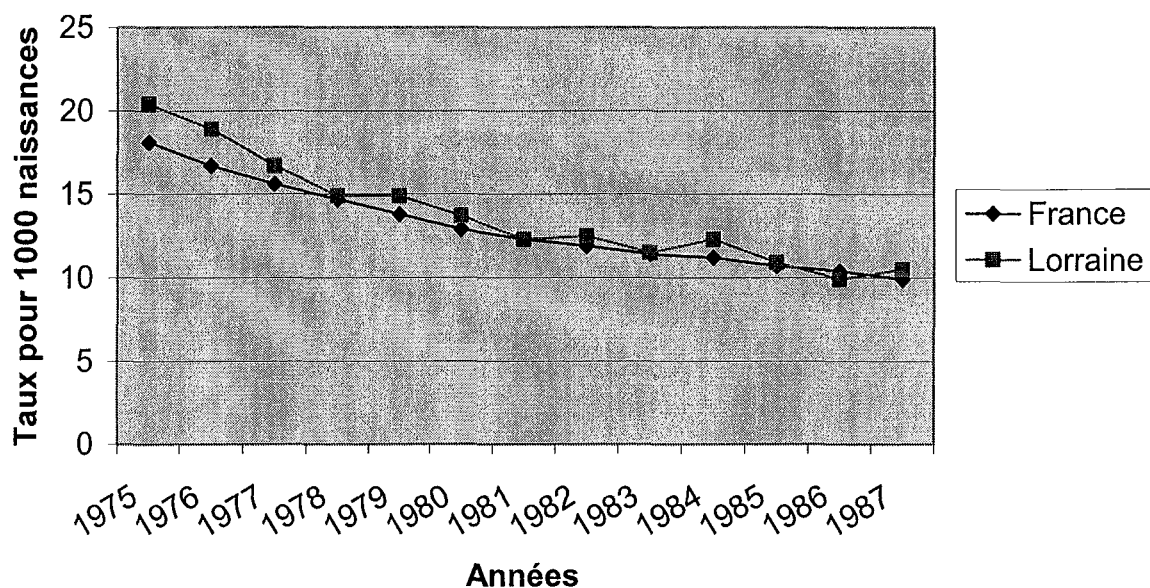
II.5. Pendant ce temps en Lorraine.

En juin 1979, un colloque s'est déroulé à Pont-A-Mousson sous l'égide du Professeur Paul Vert. Ces rencontres ont mis en exergue le mauvais taux des indicateurs de la périnatalité en Lorraine par rapport aux taux nationaux (cf graphe n° 4) ce qui a été le point de départ de la campagne « Bien naître en Lorraine » qui devait durer 4 ans (1980 à 1983), mais qui s'est prolongée par 2 autres phases : 1984-1988 et 1989-1988.

L'objectif donné était d'améliorer le système de prévention par différents moyens :

- Optimiser le support médical par augmentation du nombre de consultations prénatales, améliorer le remboursement des soins dispensés aux femmes enceintes, augmenter le nombre de postes de sages-femmes de PMI pour renforcer la surveillance de la grossesse et cibler leurs actions, diffuser largement les carnets de maternité auprès des médecins assurant le suivi des grossesses et développer des visites à domicile dans les quartiers où les femmes paraissent particulièrement exposées aux risques périnataux
- Apporter un meilleur équipement aux maternités et en renforcer le personnel pour offrir les meilleures conditions de sécurité pour les mères et les enfants ; inspecter de façon systématique tous les établissements recevant des femmes enceintes
- Démarrer une campagne d'information à grande échelle pour toucher un maximum de personnes et notamment les femmes des milieux défavorisés qui sont reconnues plus à risque de grossesse pathologique
- Eduquer dès l'âge scolaire en étendant les programmes d'éducation sexuelle des années 1980 et en améliorant son enseignement ; sensibiliser la population et notamment les femmes jeunes sur les problèmes de la grossesse, de l'accouchement, de la régulation des naissances et de la puériculture
- Améliorer la formation des médecins, sages-femmes, infirmières et puéricultrices

Evolution de la mortalité périnatale en France et en Lorraine de 1975 à 1987



Graphique n°4 : Evolution de la mortalité périnatale en France et en Lorraine de 1975 à 1987.

Sources : INSEE.

Cette campagne a porté ses fruits comme en témoigne le graphique n°4 . Le taux de mortalité périnatale de la région Lorraine est passé de 18,9 ‰ en 1976 à 9,9 ‰ en 1986 et 10,5 ‰ en 1987. Au niveau national, ce même taux était de 16,7 ‰ en 1976, 10,4 ‰ en 1986 et 9,9 ‰ en 1987. L'écart qui existait entre les taux lorrains et nationaux s'est donc réduit de + 2,2 ‰ en 1976 à + 0,6 ‰ en 1987. Il a même été inversé en 1986 avec une différence de - 0,5 ‰. Grâce à cette prise de conscience et aux actions entreprises dans la campagne « Bien naître en Lorraine », la région a donc pu rattraper les taux nationaux.

II.6. 1981-1992 : Observations et réflexions.

Dans les années suivantes, l'action gouvernementale devient moins présente, la périnatalité fait moins parler d'elle dans les instances nationales. Mais parallèlement, les progrès de la recherche et des pratiques médicales se poursuivent.

Ainsi, ces années connaissent une évolution des méthodes de dépistage, de diagnostic, et de prise en charge. Principalement, on assiste au développement et à la généralisation des échographies, à l'étude des anomalies chromosomiques par amniocentèse et à l'arrivée de nouveaux protocoles de traitement (menace d'accouchement prématuré, traitements chirurgicaux néonataux...). De même, la réanimation fait de grands progrès ; elle permet de garder en vie des prématurés de plus en plus jeunes et de prendre en charge des enfants souffrant de détresse respiratoire. Les conditions de transfert des nouveau-nés se sont également améliorées grâce à la multiplication des SAMU pédiatriques et néonataux.

Cette période n'est donc plus le temps des actions spectaculaires par le gouvernement mais celui de la réflexion sur les problèmes éthiques, les handicaps, la grande prématurité et les avancées sur le terrain.

La sécurité de certaines maternités est de nouveau mise en cause et on s'interroge sur l'intérêt du transfert in utero. Toutes ces réflexions vont conduire à un nouveau plan périnatalité en 1993.

II.7. 1993-2000 : Le plan périnatalité.

En 1993, le Haut comité de la santé publique a été saisi pour remettre un rapport sur la périnatalité, basé sur les mêmes indicateurs que ceux cités précédemment.

Dans les suites de ce rapport, le gouvernement établit un nouveau plan périnatalité. Il est plus vaste que celui de 1972 car il aborde également la procréation, la santé maternelle et la relation mère / enfant.

Ce plan est publié en avril 1994 et fixe 5 objectifs à atteindre en 5 ans :

- Accroître la sécurité lors de l'accouchement
- Améliorer le suivi de la grossesse
- Améliorer les soins aux nouveau-nés
- Humaniser les conditions de l'accouchement
- Evaluer la politique mise en œuvre.

Pour réaliser ces objectifs, 16 mesures ont été établies :

- Mesures n°1 et 8 : Elaborer des normes minimales opposables de sécurité
- Mesure n°2 : Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau de divers acteurs et établissements concernés
- Mesure n°3 : Responsabiliser les femmes enceintes en les informant
- Mesure n°4 : Réduire le nombre de femmes bénéficiant de moins de 3 consultations pendant la grossesse
- Mesure n°5 : Améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse
- Mesure n°6 : Améliorer la qualité des échographies obstétricales
- Mesure n°7 : Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation de la naissance
- Mesure n°9 : Eviter les transferts inutiles en pédiatrie
- Mesure n°10 : Valoriser le rôle des pédiatres en maternité
- Mesure n°11 : Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
- Mesure n°12 : Limiter la séparation mère – enfant
- Mesure n°13 : Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance
- Mesure n°14 : Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
- Mesure n°15 : Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonataux
- Mesure n°16 : Pouvoir disposer à intervalles réguliers d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal.

En 1998 vont intervenir les décrets sur les établissements d'accouchement et de néonatalogie. Ce sont 2 décrets, promulgués le 9 octobre 1998 et parus au Journal Officiel le 10 octobre 1998, qui visent à assurer la sécurité des naissances. Ils formalisent la hiérarchisation des maternités en niveaux.

Le premier décret (N° 98-899 modifiant le titre Ier du livre VII du Code de la Santé Publique, relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale) précise les conditions de sécurité de l'environnement prénatal en matière d'obstétrique, de néonatalogie, de réanimation néonatale et d'anesthésie.

Ce décret incite au maximum les équipes médicales à réaliser des transferts prénatals quand il existe un risque particulier non pris en charge dans la structure qui suit la femme enceinte. Ceci vise à améliorer les conditions de la naissance et à les adapter à chaque parturiente.

De même, lorsqu'un établissement ne possède pas de réanimation, il est invité à passer une convention avec un autre établissement qui possède une telle unité.

C'est le SROS, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire qui gère ces relations inter établissements par des conventions elles-mêmes soumises à l'approbation du directeur de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) - Article R.712-89 du Code de la santé Publique.

Le premier décret définit également les normes des établissements d'accouchement. Ils ne sont autorisés que si un minimum de 300 accouchements par an est réalisé au sein de la structure (Article R.712-88 du Code de la santé Publique).

Des mesures en ce sens avaient déjà été prises avec la fermeture de nombreuses petites maternités au cours des années 1980 et 1990. On le voit par la part des accouchements dans les petites structures qui diminue nettement par rapport à celle des accouchements réalisés dans de plus grands centres :

Nombre d'accouchements par an dans l'établissement	1981	1995	1998
<300	5,6 %	3,4 %	2,4 %
300-499	13,9 %	11,0 %	7,9 %
500-999	27,8 %	30,3 %	29,0 %
1000-1499	21,7 %	24,6 %	22,8 %
1500-1999	14,5 %	14,7 %	16,9 %
>= 2000	16,5 %	16,0 %	20,9 %
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau n° 5 = Part des accouchements dans les différentes maternités

Sources : Bien naître. C. Rumeau-Rouquette. Edition médicale et scientifique (2001-p197.) [5]

Le second décret (N° 98-900 modifiant le Code de la santé Publique) définit les conditions techniques de fonctionnement que les établissements de santé publics et privés doivent respecter en terme de locaux, d'équipement et de présence des personnels médicaux spécialisés (médecins et sages-femmes) et personnels paramédicaux pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. En effet, de

nouvelles contraintes sont introduites pour les médecins, obstétriciens et sages-femmes, qui doivent assurer des gardes sur place à partir d'un certain nombre d'accouchements par an et selon le niveau de leur établissement.

Il définit également les exigences au niveau des locaux. Ainsi, on peut noter que la néonatalogie, si l'établissement en est pourvu, doit être située dans le même bâtiment que le service d'obstétrique, ou à proximité immédiate.

(cf. en annexe: les objectifs des unités de soins périnataux et les exigences en locaux et en personnel d'après les décrets 98-899 et 98-900.)

Ce décret classe les maternités en niveaux en fonction des soins de néonatalogie dispensés :

- * Niveau I : Maternité au sein de laquelle sont pratiqués les soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier
- * Niveau II : Maternité associée à une unité de néonatalogie permettant d'assurer, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement. On distingue des sous groupes IIa et IIb.
- * Niveau III : Maternité disposant d'une unité de néonatalogie, mais aussi d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés d'enfants, nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement, qui présentent des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation.

Cette classification des maternités s'ajoute aux niveaux des soins néonataux établis en 1989 par un groupe de pédiatres exerçant en maternité, en néonatalogie et aux urgences pédiatriques. Publiés en 1990, ceux-ci concernent exclusivement les nouveau-nés. Ils sont répartis en 5 groupes d'importance croissante correspondant à des soins de néonatalogie de plus en plus spécialisés.

Numérotés de 1 à 5, ils sont à différencier des niveaux de maternité préalablement définis. Le tableau suivant présente les correspondances :

Type de maternité	Niveaux de soins en néonatalogie
I	1+/-2
IIa	1+2+3
IIb	1+2+3+4
III	1+2+3+4+5

Tableau n° 6: Correspondance niveaux de maternité et niveaux de soins en néonatalogie.

Cette classification est schématique, mais elle doit servir de base à chaque maternité pour évaluer ses possibilités et définir les nouveau-nés pouvant être soignés sur place en toute sécurité.

Ainsi une hiérarchie s'établit entre les maternités et cette « sectorisation » a conduit à la multiplication des réseaux de périnatalité, permettant aux petites structures d'adresser les nouveau-nés ayant besoin d'une prise en charge plus complexe dans un établissement du même secteur sanitaire (Conventions évoquées dans le premier décret).

II.8. Plan de soutien à la périnatalité :

Le 10 mars 2003, le Professeur Jean-François Mattéi, alors Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées a présenté un plan de soutien à la périnatalité. Il évoque alors une situation de crise due à la pénurie des professionnels, à la fermeture de maternités, à l'application des 35 heures et à l'augmentation du nombre de naissances et de la prématurité.

Ce plan de soutien à la périnatalité est scindé en 3 parties :

- 1) Poursuivre les recompositions hospitalières par l'intermédiaire des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Le seuil de 300 accouchements par an demeure inchangé, mais il est modulable en fonction des particularités locales. Le Professeur Mattéi présente également un nouveau mode de prise en charge : les « maisons périnatales » ou encore « centres de maternité ». Ces maisons, créées dans les établissements ne disposant plus de site d'accouchement assureront 2 missions : une surveillance des grossesses à risque et une prise en charge de proximité des suites de couches. Enfin, les réseaux de périnatalité doivent être

favorisés et développés, car ce sont des outils indispensables à la prise en charge adaptée de chaque patient.

- 2) Assurer la mise aux normes des maternités selon les décrets de périnatalité en soutenant les travaux nécessaires, renforçant les ressources humaines et revalorisant les GHM du domaine périnatal.
- 3) Préserver les compétences humaines en facilitant la mobilité des professionnels de la naissance entre le secteur privé et le secteur public et en augmentant de 10% le nombre de postes à l'internat dans les disciplines de la périnatalité.

II.9. Le Plan périnatalité 2005-2007 :

Durant ces 30 dernières années et suite aux différents plans, les conditions de la naissance se sont nettement améliorées. La mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances. Cependant des progrès sont encore nécessaires, car malgré ceux réalisés, la France reste toujours dans la moyenne des pays européens pour les indicateurs de périnatalité.

En novembre 2004, Philippe Douste-Blazy a donc présenté le dernier Plan de Périnatalité 2005 – 2007 intitulé : « Plan pour la modernisation de l'environnement de la grossesse et de la naissance », dans le but d'apporter plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité à la prise en charge de la future maman et de l'enfant à naître.

Le fonctionnement des maternités et leur organisation en réseaux doivent être améliorés ; et les objectifs de ce nouveau plan sont fixés par la Loi relative à la politique de Santé Publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle à 5 décès pour 100 000 naissances.

Ainsi, ce plan comporte un ensemble de mesures qui visent à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus sociale. Il cherche également à améliorer la connaissance du domaine de la périnatalité et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Il est divisé en 5 points :

1. Moderniser l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement en équipant mieux les maternités et en les dotant du personnel nécessaire, conformément aux décrets de 1998.

La modernisation des conditions de l'accouchement passe par 4 mesures principales :

- Mise aux normes des maternités
- Amélioration de l'organisation des transports des mères et des nouveau-nés
- Meilleure prise en charge en réanimation pédiatrique
- Développement des réseaux de santé de proximité.

2. Améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant. Cette démarche comporte 5 objectifs :

- Mise en place de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois pour accompagner plus efficacement les futurs parents
- Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance par des collaborations médico-psychologiques et le recrutement de psychologues
- Individualisation d'espaces physiologiques au sein des maternités et expérimentation des maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques privés ou publics
- Apport de réponse appropriée aux femmes en situation de précarité en adaptant l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis
- Amélioration du dispositif de prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap.

3. Mieux reconnaître les professionnels de la naissance par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité, et en valorisant la place de chacun dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé périnatale.
4. Refondre le carnet de santé de maternité et le donner dès la première consultation afin qu'il puisse jouer son rôle éducatif pour les futurs parents, vis-à-vis des risques pour l'enfant liés à la consommation, pendant la grossesse, d'alcool, de tabac ou de médicaments auto-précrits, ou encore de risques liés à certaines infections.

5. Mettre en œuvre un dispositif de suivi spécifique organisé autour d'un système d'information en périnatalité pour recueillir des données épidémiologiques et ainsi adapter au mieux les actions entreprises.

Ainsi, le domaine de la périnatalité reste un sujet d'actualité. Il est en perpétuel mouvement dans le but de prendre en charge le mieux possible les femmes durant leur grossesse, lors de l'accouchement et pendant toute la période des suites de couches ainsi que les nouveau-nés au cours de leurs premières semaines de vie.



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Deuxième partie :

Le séjour en maternité.

I. Les structures d'accueil.

Les premières maternités, suites aux hôpitaux et hospices antérieurs, ne comportent aucun confort et regroupent les parturientes dans de grandes salles.

Après la seconde guerre mondiale, les lieux d'accouchements évoluent de façon radicale sous la pression de la médicalisation, mais aussi de la crise du logement privé.

Pour faire face au « baby boom » de l'après guerre à la fin des années 40, de nombreuses maternités sont créées. Les plus petites d'entre elles comptent moins de 10 lits. Elles sont très largement dispersées et offrent généralement des conditions d'asepsie convenables, mais à peine plus de garanties médicales que l'accouchement à domicile.

Par conséquent, un fossé se creuse entre ces petites maternités et les grands centres hospitaliers universitaires.

En 1950, la moitié des femmes accouchent dans une maternité ; il y en a 80% en 1960 et 98% en 1972, date à laquelle la France compte 1747 établissements d'accouchements (dont 47% ont moins de 15 lits).

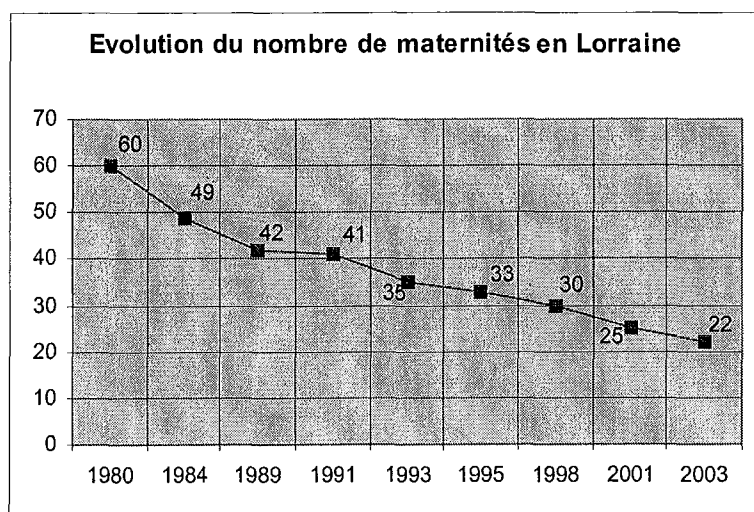
Pour pallier ces écarts entre les petites maternités et les grands centres, de nombreuses maternités ont fermé leurs portes entre 1980 et 1990. Elles ont ainsi devancé le décret de 1998 obligeant les maternités réalisant moins de 300 accouchements par an à stopper leur activité obstétricale. De la sorte, les petites maternités vont progressivement disparaître et concourent à la diminution des lits de proximité. Ceci va conduire inexorablement vers une diminution de la durée de séjour en maternité (éloignement, fermeture de lits...).

	1975	1985	1996
Nombre total de maternités en France	1369	1035	814
Maternités de moins de 300 accouchements par an	489	248	90
Nombre moyen d'accouchements par maternité	528	698	840
Nombre de lits correspondants	33747	30559	26159
Taux de natalité pour 1000 habitants	14,1	13,9	12,8

Tableau n°7: Nombre de lits et de maternités en France au fil du temps. Source : INSEE.

Par ce tableau, nous nous rendons compte que le nombre total de lits de suites de couches diminue (-7 588 lits, soit 22,5% en 20 ans) aux dépens des petites maternités (-399 soit 81,6%) alors que la natalité ne baisse que de 11%. Cela diminue d'autant la proportion du nombre de lits par rapport aux nombres d'accouchées dans chaque secteur.

La tendance en Lorraine est identique :



Graphe n°8: Evolution du nombre de maternités en Lorraine

Source : DRASS Lorraine, juillet 2003

En Lorraine deux tiers des maternités ont fermé. Ce sont les petites structures, parmi lesquelles la maternité de Gérardmer, qui réalisaient moins de 300 accouchements par an. Ces fermetures ont là encore conduit à une diminution importante de l'offre de soins et des lits de suites de couches.

II. Le nouveau-né en maternité.

II.1. Prise en charge lors de la naissance.

A la naissance, le fœtus va devenir un nouveau-né autonome avec de nouvelles conditions de vie extra-utérine. Il ne reçoit plus une oxygénation extracorporelle placentaire, mais doit s'adapter et s'oxygéner par son propre appareil respiratoire et circulatoire.

Le premier examen en salle de naissance a pour but de vérifier cette bonne adaptation à la vie extra-utérine, de rechercher une malformation et d'apprécier la maturité de l'enfant.

Cette prise en charge, qui comprend plusieurs étapes, a déjà débuté avant l'accouchement par l'analyse du dossier obstétrical maternel (à la recherche d'éléments pouvant retentir sur l'enfant) et par la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant le travail (monitoring). Ensuite, la bonne connaissance des conditions et du déroulement de l'accouchement permet de prendre en charge le nouveau-né de manière adaptée (présentation, césarienne, gémellité, terme...).

L'appréciation globale immédiate de l'enfant est capitale lors d'une naissance. Il faut écouter ses cris, regarder sa coloration, ses mouvements ; chacun d'entre eux témoigne ou non d'une bonne adaptation et d'une bonne vitalité. Ainsi, dès les premiers instants, il est indispensable de mettre en évidence et de pallier tout signe de détresse respiratoire ou circulatoire qui peut se présenter ; et de réaliser un premier examen clinique par le pédiatre, s'il y a un risque ou un problème particulier, ou par la sage-femme dans le cas contraire. De même, lors de cet examen, des malformations congénitales plus ou moins graves peuvent être mises en évidence.

Si tout va bien cliniquement pour la mère et le nouveau-né, il faut alors veiller à l'installation d'une bonne relation entre ces deux êtres qui vont apprendre à se découvrir mutuellement. L'enfant doit être posé dès que possible sur le ventre de sa mère afin qu'elle puisse le prendre dans ses mains et le caresser précocement.

Parfois, une première tétée peut d'ores et déjà être préconisée afin de stimuler la sécrétion de colostrum et encourager l'allaitement.

L'ambiance en salle de naissance doit être calme et détendue au maximum. Il faut éviter la présence d'un trop grand nombre de personnes en dehors du père (si sa présence a été souhaitée), et des deux personnes soignantes qui ont réalisé l'accouchement.

La prise de clichés photographiques précoces peut également conduire à un attachement et doit être favorisée si elle est demandée ; ce sont les premiers souvenirs émouvants du nouveau-né.

Suite à la naissance, différents gestes sont à réaliser auprès de l'enfant. Il faut :

- le réchauffer pour prévenir l'hypothermie qui peut survenir très rapidement par procédé d'évaporation
- assurer une désobstruction bucco-pharyngée par aspiration brève et douce des fosses nasales et du pharynx pour évacuer le liquide des voies respiratoires supérieures qui n'a pas été éliminé lors des premiers cris ou de la déglutition et par là même vérifier la perméabilité des choanes
- vérifier la présence des 3 vaisseaux au niveau de la section du cordon ombilical

- instiller une goutte de nitrate d'argent dans chaque œil pour assurer une prophylaxie de la gonococcie ophtalmique du nouveau-né
- identifier l'enfant grâce à un bracelet permanent et prendre ses mensurations avant de compléter les différents items dans le carnet de santé qui suivra dorénavant toute l'évolution de l'enfant.

II.2. Le suivi en maternité.

Ce suivi est effectué par les sages-femmes, car le nouveau-né n'est pas examiné quotidiennement par un pédiatre s'il n'y a pas de point d'appel ou d'inquiétude particuliers.

Souvent, bien qu'il ne s'agisse pas d'une mesure réglementaire, un premier examen médical du nouveau-né est tout de même indiqué dans les premières 24 heures. Il permet de s'assurer de l'absence de tout symptôme anormal pouvant correspondre à une anomalie retardée de l'adaptation à la vie extra-utérine, au début d'une pathologie post-natale, notamment infectieuse, ou à la révélation précoce d'une malformation congénitale non apparente dans les premières minutes de vie.

Ensuite, un examen clinique complet est réalisé dans les premiers jours de vie. On parle traditionnellement de « l'examen du 8^{ème} jour », mais souvent celui-ci est réalisé plus tôt et s'effectue au 4^{ème} ou 5^{ème} jour, avant la sortie de maternité.

II.2.1. La surveillance quotidienne.

Chaque jour, l'enfant est pesé par les soignants afin de surveiller régulièrement sa courbe pondérale et d'évaluer sa prise alimentaire. La perte de poids physiologique dans les 48 à 72 heures suivant la naissance est d'environ 5%, elle est maximale au 3^{ème} jour de vie. Le poids de naissance est repris au 7^{ème} jour dans 50% des cas. Lors de la remontée de la courbe, la prise de poids quotidienne est en moyenne de 30 grammes. Ces données sont importantes car elles conditionnent la sortie de l'enfant, précoce ou non.

La température du nouveau-né est également mesurée quotidiennement pour s'assurer d'une bonne thermorégulation et détecter, par la fièvre, une éventuelle infection.

Parfois il est aussi nécessaire de contrôler le taux de bilirubine chez les enfants qui déclarent un ictère néonatal (bilirubinomètre ou mesure du taux sanguin).

Enfin, les sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture apprécient le transit et la diurèse du nouveau-né. Physiologiquement, la première miction a lieu avant la 24^{ème} heure de vie, et l'émission du premier méconium doit survenir avant la 48^{ème} heure, sinon il existe une suspicion de mucoviscidose (iléus méconial) ou de maladie de Hirschsprung.

Cette surveillance clinique et paraclinique est donc réalisée quotidiennement par l'équipe du service de suites de couches et les sages-femmes contactent un pédiatre si nécessaire.

II.2.2 L'examen du « 8^{ème} jour » .

Il s'agit d'un examen réalisé au court de la première semaine de vie qui permet d'évaluer l'adaptation du nouveau-né à ses nouvelles conditions de vie. Les données administratives et cliniques de cet examen sont adressées à la sécurité sociale et à la PMI dans un but de suivi épidémiologique des nouveau-nés. Les résultats sont également consignés dans le carnet de santé qui suivra l'enfant.

Cet examen est obligatoire et aboutit à la rédaction d'un certificat dont dépend la poursuite du versement, aux parents, des allocations d'aide pour le nouveau-né.

Il est effectué par un pédiatre ou un médecin généraliste. En maternité, il s'agit le plus souvent du spécialiste du service ; mais en cas de sortie précoce, c'est un pédiatre de ville ou un médecin traitant qui l'assure.

Il a lieu en présence des deux parents si cela est possible, mais au moins en présence de la mère pour encourager un échange avec le praticien, répondre aux interrogations parentales et évaluer les fondements des relations familiales qui se créent.

La température de la salle doit être suffisante pour permettre un déshabillage complet de l'enfant dans l'objectif d'un examen minutieux. De plus, afin que l'enfant soit le plus disponible possible, il convient de réaliser cet examen entre deux tétées pour éviter que l'enfant réclame où qu'il régurgite après avoir bu.

L'examen en lui-même, comprend 4 étapes. Il débute par un interrogatoire et l'étude du dossier obstétrical afin de recenser tous les faits ayant pu retentir sur le nouveau-né, puis il se poursuit par un examen somatique complet, appareil par appareil. L'examen physique n'oublie aucun système (cardio-vasculaire, pulmonaire, ostéo-articulaire, digestif, nerveux et cutané) et l'examen neurologique permet d'apprécier la vigilance, le comportement et les réponses du nouveau-né à différentes stimulations ; ce sont les premières étapes de son développement psychomoteur. Le nouveau-né normal progresse dès les premiers jours de vie. L'apparition de réponses à des stimuli sensoriels au cours de la première semaine témoigne donc de l'intégrité de son cortex cérébral.

Lors de cet examen dit du « 8^{ème} » jour, qui précède bien souvent la sortie de la maternité, il est également important d'observer la relation qui s'est établie entre la mère et son enfant. Une interaction de celui-ci avec ses parents se produit dès les premiers instants et il est important de voir le nouveau-né se calmer avec la voix de sa mère.

Par la suite, le praticien prodigue aux parents les conseils et informations nécessaires pour les soins à leur enfant ; et il répond aux questions sur l'adaptation du nouveau-né à son nouveau cadre de vie que va devenir le foyer familial.

Enfin, si l'examen est réalisé à la maternité avant la sortie, le praticien remet à la jeune mère les ordonnances de sortie qu'il explique et complète par les conseils d'usage.

III. Rappel des principales complications et pathologies néonatales possibles

[9,10].

Le nouveau-né est un être fragile, vulnérable et soumis à de nouvelles conditions de vie auxquelles il doit s'adapter progressivement. Cependant, si cette adaptation se produit généralement, et heureusement, de façon physiologique, diverses complications et pathologies néonatales peuvent survenir. Nous allons aborder ces pathologies qui contre-indiquent une sortie précoce de maternité où dont il faut surveiller l'apparition au cours des premiers jours de vie.

III.1. Les troubles qui nécessitent une prise en charge spécialisée rapide et immédiate.

III.1.1 : Les détresses respiratoires.

Le syndrome de détresse respiratoire représente, en fréquence, le deuxième tableau clinique rencontré en pathologie néonatale après l'ictère. Il est objectivé par des signes de lutte respiratoire décrits par le score de Silverman.

Il peut exister des signes cliniques et biologiques d'accompagnement qui ont une importance capitale dans la prise en charge d'urgence :

- Anomalie du cycle respiratoire (souvent tachypnée)
- Anomalie de la coloration cutanée (cyanose)
- Anomalie de l'hémodynamique (tachycardie, altération de la circulation périphérique mise en évidence par l'allongement du temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes, hypotension artérielle systémique (<50 ou 40mmHg selon le terme)
- Apparition d'un bruit inspiratoire par obstacle laryngé
- Acidose hypercapnique (pH, prélèvement artériel...)

Le diagnostic étiologique est un bon indicateur pour le traitement mais aussi pour le pronostic à court terme du trouble respiratoire.

L'origine de ces détresses respiratoires peut être respiratoire ou extra-respiratoire. Les détresses respiratoires médicales sont les plus fréquentes (maladie des membranes hyalines, détresse respiratoire transitoire, trouble de la résorption avec rétention de liquide alvéolaire, inhalation de liquide amniotique ou inhalation méconiale, infection pulmonaire materno-fœtale et pneumothorax); mais il existe également des étiologies « médico-chirurgicales » :

- ✓ Obstruction des voies aériennes supérieures par atrésie des choanes, micro-rétrognathisme du syndrome de Pierre Robin, obstacles laryngés (stridor) et compression trachéo-bronchique (vaisseau à trajet aberrant).
- ✓ Fausses routes (ex : fistule oesotrachéale sans atrésie)

- ✓ Hernie diaphragmatique (également de découverte anténatale, donc prise en charge avant la détresse respiratoire sévère)
- ✓ Malformations broncho-pulmonaires (kyste bronchogénique, adénomatose pulmonaire, lymphangiectasie pulmonaire, trachéomalacie, anomalie des arcs vasculaires).

Les causes extra-respiratoires liées le plus souvent à des cardiopathies malformatives (diagnostic généralement réalisé en anténatal) ou à un retour à la circulation fœtale avec persistance d'une hypertension artérielle pulmonaire.

La prise en charge symptomatique et thérapeutique est urgente et initiale ; ces enfants ne font pas partie de ceux susceptibles de sortir tôt de la maternité.

III.1.2 : Les pathologies cardiaques.

Deux grands tableaux cliniques font suspecter l'existence d'une anomalie cardiaque devant un nouveau-né en insuffisance respiratoire ; soit il présente des signes cliniques d'insuffisance cardiaque (hépatomégalie, tachycardie, gros cœur à la radiographie du thorax...), soit une hypoxémie s'installe, réfractaire à l'oxygène.

La difficulté du diagnostic réside dans le fait que cette insuffisance cardiaque peut s'instaurer très progressivement, insidieusement durant les premiers jours, voire les premières semaines de vie suite à un effet shunt compensatoire initial. Dans ce cas, elle peut se révéler après la sortie de la maternité.

En cas de signes d'insuffisance cardiaque, 5 problèmes peuvent être évoqués :

- Une malformation obstructive de la voie gauche :
 - L'hypoplasie du ventricule gauche. Son diagnostic anténatal conduit fréquemment à une interruption thérapeutique de grossesse, car l'enfant est non viable ; la défaillance cardiaque s'installe brutalement dans les premiers jours de vie (détresse respiratoire, choc cardiogénique et détresse neurologique).
 - L'interruption de l'arche aortique. Elle peut être plus ou moins étendue et variable par rapport à l'émergence des vaisseaux brachiocéphaliques. Elle s'associe à une communication interventriculaire et un canal artériel qui vascularise la partie

inférieure du corps. Ce canal doit rester perméable (prostaglandines E1) jusqu'à l'intervention chirurgicale cardiaque.

- La coarctation de l'aorte. C'est la malformation la plus fréquente ; elle se présente sous forme d'une défaillance cardio-respiratoire aiguë vers la 2^{ème} semaine ; et si le diagnostic n'est pas fait initialement par l'absence de pouls fémoraux ou un souffle et un gradient tensionnel entre les membres supérieurs et inférieurs, elle peut se révéler après le retour à la maison. Elle est souvent associée à un shunt gauche-droit de communication interventriculaire.

- Un shunt gauche-droit :

Il entraîne une polypnée, une insuffisance cardiaque et des poumons hypervascularisés à la radiographie pulmonaire. Il n'y a pas de cyanose car c'est un shunt gauche-droit isolé. On le retrouve dans 3 situations : la communication interventriculaire, le canal atrio ventriculaire (cardiopathie de la trisomie 21) et la persistance du canal artériel.

- Une myocardiopathie :

Il peut notamment s'agir d'une maladie métabolique, plus rarement d'une myocardite infectieuse, une fibroélastose, une tumeur cardiaque ou un épanchement péricardique.

- Une cardiopathie complexe :

Elle associe une insuffisance cardiaque et une cyanose à des degrés divers (tronc artériel commun, ventricule unique, ventricule droit à double issue...)

- Enfin, si l'échographie cardiaque est normale, on peut évoquer :

- Une fistule artério-veineuse (souvent cérébrale comme dans l'anévrisme de l'ampoule de Gallien, plus rarement hépatique)
- Des troubles du rythme néonataux (tachycardie supra ventriculaire avec syndrome de Wolf Parkinson White) facilement réductibles par la striadine puis par la digitaline et la cordarone, aidés également par les manœuvres vagales.
- Des bradycardies, plus rares, mais notamment des blocs auriculoventriculaires qui peuvent être rencontrés au cours d'un lupus maternel.

Si le tableau est représenté par une cyanose réfractaire, la vascularisation pulmonaire à la radiographie oriente vers le diagnostic :

- Vascularisation augmentée ou normale : probable transposition des gros vaisseaux (L'aorte naît du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche). Ce sont les shunts entre les 2 circulations (foramen ovale et canal artériel) qui assurent la survie de

l'enfant ; il faut donc les maintenir ouverts par prostaglandines en attendant une chirurgie rapide.

- Vascularisation pulmonaire diminuée, il faut regarder le volume cardiaque.
 - Si l'index cardio thoracique (ICT) est normal ($<0,6$), il s'agit probablement d'une forme grave de Tétralogie de Fallot (atrésie pulmonaire a septum interventriculaire ouvert, aorte à cheval sur la communication interventriculaire et hypertrophie ventriculaire droite.
 - Si l'ICT est compris entre 0,6 et 0,65 ; il faut penser à une trilogie de Fallot (sténose ou atrésie pulmonaire a septum interventriculaire intact et communication inter auriculaire.
 - Si le cœur est très gros ($ICT > 0,7$), on pensera alors à une anomalie d'Ebstein (= malformation de la tricuspide qui s'insère très bas dans les cavités droites rendant le ventricule droit très petit.
- Le retour à la circulation fœtale : ce n'est pas réellement une cardiopathie mais la persistance des shunts extrapulmonaires (canal artériel et communication inter auriculaire) comme pendant la vie fœtale. Ce problème est souvent lié à la persistance de l'hypertension artérielle pulmonaire prénatale dans le cadre d'une maladie pulmonaire (maladie des membranes hyalines, inhalation méconiale, infection néonatale (streptocoque B et colibacille).

III.1.3 : Certaines malformations.

Certaines malformations sont à prendre en charge rapidement car elles mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Dans ce cas, les enfants ne sont pas concernés par une sortie précoce et sont orientés vers une structure adaptée pour la prise en charge de leur pathologie. On distingue différents types de malformations :

* Les troubles de la continuité du tube digestif : atrésie de l'œsophage, malformations anorectales mésenchymateuses ou imperforations anales.

* La hernie de coupole diaphragmatique avec passage des viscères intra-abdominaux dans la cavité pleurale. Ils compriment les poumons entraînant une hypoplasie pulmonaire.

* Les anomalies de fermeture du tube neural, le spina bifida qui peut entraîner des troubles majeurs (hydrocéphalie, paralysie flasque des membres inférieurs de différents niveaux, atteinte sphinctérienne...). Le degré d'atteinte peut être très variable.

* Les anomalies de la paroi abdominale : Omphalocèle et laparoschisis.

III.2. Les urgences relatives, pathologies qui nécessitent une prise en charge différée.

III.2.1. Les fentes labio-palatines :

Ce sont des malformations relativement fréquentes qui résultent d'une anomalie de fusion des bourgeons de la face. La fréquence est de 1 / 1 000 naissances.

Dans 30% des cas, elles ont un caractère familial ; et pour 6% d'entre elles il peut exister des malformations associées (extrémités, face, cœur, cerveau...) et parfois une anomalie chromosomique telle qu'une trisomie 13 ou 18.

Plusieurs formes anatomiques sont décrites. Dans la forme totale, la fente intéresse la lèvre, le plancher nasal, le maxillaire supérieur (arcade dentaire et palais) et le voile du palais ; mais il existe des formes partielles et bilatérales.

Une consultation spécialisée dans les 10 premiers jours de vie est indispensable pour définir l'attitude thérapeutique. En règle générale, les fentes labiales sont opérées avant 6 mois et les fentes palatines avant 18 mois. Un long suivi est nécessaire pour éviter et traiter les séquelles orthodontiques, orthophoniques et esthétiques. Il est souvent possible d'en faire un diagnostic anténatal par échographie et les parents reçoivent alors toutes les informations concernant les traitements et le pronostic. Ces malformations, si elles sont bien acceptées et connues par les parents et que le degré d'atteinte ne gêne pas la succion et l'alimentation de l'enfant, ne contre-indiquent pas une sortie précoce. Il faut cependant s'assurer auparavant que la prise en charge et le suivi sont engagés et programmés.

III.2.2. La luxation congénitale de hanche :

C'est une pathologie relativement fréquente mais dont l'incidence est variable en fonction des régions (de 6 à 20 pour 1 000 naissances). Souvent, elle est secondaire à des anomalies de positionnement de l'enfant in utero qui entraînent des excès de pression sur le fémur fléchi, luxant la hanche en arrière du cotyle. Cette pathologie acquise en fin de grossesse est plus fréquente en cas de présentation par le siège, mais on lui décrit également un caractère familial.

Le diagnostic est fait par l'examen clinique mais également par l'interrogatoire (antécédents familiaux, grossesse gémellaire) et l'étude des circonstances de la naissance (siège, primipare, gros bébé). Il est confirmé par l'échographie quand l'imagerie est précoce (1 mois de vie) puis par la radiographie (dès 3 - 4 mois).

Le traitement est fonction du degré d'atteinte. En cas de hanche instable simple, elle est maintenue pendant 2 mois en abduction par des langes spécifiques. Les hanches luxées mais réductibles sont réduites et maintenues en place par un harnais (harnais de Pavlick). En cas de hanche luxée irréductible ou luxée réductible de diagnostic tardif, le traitement nécessite une hospitalisation pour traction, appareillage, plâtre et éventuellement chirurgie.

Si le diagnostic est fait lors du séjour à la maternité, la date de sortie de l'enfant est conditionnée par l'aptitude de la mère à langer correctement l'enfant en abduction. Parfois, le diagnostic n'est établi qu'à un mois de vie lors d'une échographie systématique en cas de naissance par le siège ou d'antécédents familiaux.

III.2.3. Le pied bot varus équin :

Il s'agit d'une déformation du pied. L'équinisme et le varus associent une coudure à concavité interne de l'axe longitudinal du pied, une adduction et une supination. Un déséquilibre des muscles du pied y est associé et souvent il y a déjà une hypertonie et une rétraction du tendon d'Achille et du jambier postérieur.

Ce trouble résulte fréquemment (90% des cas) d'une malposition intra-utérine mais peut parfois traduire un déficit neurologique localisé des membres inférieurs, et une origine génétique est occasionnellement suspectée. Le traitement doit être précoce à type de manipulations pluriquotidiennes par un kinésithérapeute, associées à un

redressement orthopédique progressif par des attelles. Des interventions chirurgicales suivies d'immobilisation plâtrée sont souvent nécessaires pour une meilleure récupération. Le pronostic est bon si le traitement est débuté de façon précoce, mais la guérison ne peut être certifiée qu'une fois l'ossification achevée.

III.3. Les pathologies qui apparaissent dans les premières heures ou premiers jours de vie.

III.3.1. Un retard d'émission du méconium :

Si le méconium n'est pas apparu avant la 48^{ème} heure, il faut rechercher une mucoviscidose car il peut s'agir d'un iléus méconial lié à l'obstruction de l'iléon terminal par du méconium pathologique très visqueux. Le diagnostic est alors établi à la maternité. Mais des troubles de l'émission du méconium peuvent aussi révéler une maladie de Hirschsprung. C'est une anomalie de l'innervation intrinsèque de la partie terminale de l'intestin entraînant un tableau d'occlusion néonatale ou plus tardive qui peut se produire après le retour à domicile.

D'autres pathologies peuvent être à l'origine d'occlusions néonatales avec des vomissements verts bilieux et un météorisme abdominal en plus des anomalies de l'évacuation du méconium ; leurs signes cliniques seront alors plus précoces. Ainsi, on retrouve les atrésies et sténoses duodénales, les malrotations intestinales ou mésentère commun (anomalies des accolements péritonéaux et de la disposition du tube digestif qui peuvent être responsables d'un obstacle duodénal par une bride péritonéale ou d'un volvulus complet du grêle nécessitant une intervention urgente) et les atrésies du grêle et du colon (interruption de la continuité intestinale d'origine ischémique anténatale avec nécrose aseptique ayant entraînée une résorption de la zone concernée et la formation de deux culs de sac cicatriciels ; le pronostic dépend de la longueur de grêle normal).

III.3.2. L'ictère néonatal :

L'ictère est de très loin le symptôme rencontré le plus fréquemment au cours de la période néonatale, mais c'est aussi celui dont la signification clinique reste la plus difficile à appréhender.

Contrairement à l'adulte, cet ictère néonatal est dans la majorité des cas à bilirubine indirecte. Le pigment va se localiser dans tous les organes, mais notamment le foie (qui rend perceptible cette accumulation), le sang (qui le véhicule), la peau et le cerveau, ce qui engendre un risque potentiel d'encéphalopathie hyperbilirubinique.

La production de bilirubine est physiologique. Chez l'adulte sain, il existe un équilibre entre la production et l'élimination (après conjugaison hépatique) et le pigment, quasiment insoluble dans le sérum, est toujours véhiculé sous forme liée à l'albumine.

Pendant la vie intra-utérine, la bilirubine produite par le fœtus est conjuguée et épurée par le foie maternel. A la naissance, il faut quelques jours pour que les mécanismes d'épuration du nouveau-né se mettent en place. La bilirubine s'accumule alors dans l'organisme, ce qui entraîne un ictère cutanéomuqueux et une hyperbilirubinémie indirecte.

3 facteurs contribuent chez le nouveau-né à augmenter la fréquence des ictères à bilirubine indirecte :

- physiologiquement, la production de bilirubine indirecte est proportionnellement 2 fois plus élevée chez le nouveau-né que chez l'adulte
- la clairance hépatique de la bilirubine est diminuée chez le nouveau-né (système glucuronyltransférase encore immature, surtout chez les prématurés, et parfois par inhibition du système enzymatique dans certains cas d'allaitement au sein)
- le recyclage entéro-plasmatisque est accéléré.

Cette situation est donc fréquente ; elle est transitoire et souvent banale, mais peut conduire à une encéphalopathie dite « bilirubinique ». Les pigments non liés à l'albumine quittent le sang circulant et passent la barrière hémato-encéphalique pour atteindre le système nerveux central. Cette bilirubine en excès peut notamment entraîner une surdité, car la neurotoxicité des pigments s'exprime préférentiellement au niveau des voies auditives.

Ce risque de lésions neurologiques justifie des efforts de prévention (prise en compte des facteurs de risque (prématurité, petit poids de naissance...) et le traitement précoce de l'ictère par photothérapie.

L'étiologie des ictères du nouveau-né est définie par le type d'hyperbilirubinémie en cause (indirecte dans l'immense majorité des cas, mixte ou directe (moins de 1 % des cas) témoignant d'une rétention).

L'examen clinique et l'histoire de la pathologie ne peuvent définir le type d'hyperbilirubinémie ; c'est pourquoi, malgré sa grande fréquence, l'ictère est le seul symptôme néonatal pour lequel la démarche diagnostique doit débiter par un examen de laboratoire : le dosage de la bilirubine plasmatique totale et directe, et indirecte par différence.

- Les ictères à bilirubine directe ou mixte :

Le syndrome de cholestase n'a pas d'expression clinique franche dans les premiers jours de vie, sauf une éventuelle hépatomégalie. Sa circonstance de survenue la plus fréquente, chez les enfants de petits poids de naissance, est probablement la nutrition parentérale prolongée mais elle ne concerne pas les nouveau-nés en sortie précoce de maternité.

En cas d'hyperbilirubinémie directe très prédominante, la cause peut être d'origine hépatique ou post-hépatique. Le diagnostic à ne pas manquer (en raison d'un possible traitement chirurgical) est celui d'obstacle sur la voie biliaire extra-hépatique par atrésie de la VBEH (=voie biliaire extra-hépatique) ou par un kyste du cholédoque.

Les autres causes de cholestase d'origine intra-hépatique sont habituellement éliminées par la pratique systématique des tests appropriés (notamment les sérologies de la toxoplasmose, de la rubéole, du CMV ou de l'herpès).

Théoriquement, quand l'hyperbilirubinémie est de type mixte, on ne retrouve pas de stigmate de cholestase, et les diagnostics sont très rares (syndrome de Dubin-Johnson/Rotor, complication d'allo-immunisation grave de type Rhésus).

Un ictère à bilirubine mixte est par contre fréquent dans les états septiques du nouveau-né, mais le tableau peut alors se rapprocher de celui d'une cholestase.

- Les ictères à bilirubine indirecte ; les plus fréquents :

* L'ictère « physiologique » du nouveau-né :

L'enfant est jaune, mais l'examen clinique est négatif ; c'est un ictère nu et la bilirubine peut être ou non dans les zones de normalités (il existe des courbes définissant les taux normaux et pathologiques en fonction de l'heure et du jour de naissance).

C'est un diagnostic d'élimination dont les facteurs de risque sont : la prématurité, le sexe masculin, les enfants nés par césarienne, ceux dont la perte de poids est importante et ceux qui sont allaités au sein.

En pratique, les données cliniques sont, le plus souvent, suffisantes, sauf pour éliminer une éventuelle hémolyse pathologique ; ainsi, devant tout ictère néonatal à bilirubine indirecte, l'examen complémentaire simple toujours nécessaire et suffisant est le test de Coombs direct.

Mais même si le diagnostic d'ictère « physiologique » est établi, il peut être potentiellement dangereux pour l'encéphale, surtout chez le prématuré, et doit être pris en charge sans délai (photothérapie).

En cas d'ictère précoce (avant la 36^{ème} heure de vie, voire sa présence dès la naissance), le diagnostic est orienté vers un ictère hémolytique néonatal. L'hémolyse est de nature immunologique (allo-immunisation Rhésus, test de Coombs direct positif) ou constitutionnelle (plus rares ; notion de consanguinité parentale ou ATCD familiaux, ou encore rares diagnostics de déficit en pyruvate-kinase, maladie de Minkowski-Chauffard).

L'ictère lié à un allaitement au sein est une situation fréquente chez le nouveau-né à terme, en fin de séjour en maternité. Dû à un blocage transitoire de la conjugaison hépatique de la bilirubine par des constituants du lait, il peut être intense mais n'est a priori pas dangereux et ne doit pas contre-indiquer l'allaitement maternel. L'ictère a alors tendance à se prolonger et il peut devenir un motif fréquent de consultation après le retour à la maison, et ce jusqu'à la fin du premier mois de vie. En cas de taux élevé persistant, une technique a été proposée pour faire diminuer cet ictère. Il faut soit tirer, chauffer et laisser refroidir le lait maternel pendant 24 heures avant de le donner à l'enfant ou alors réaliser 24 heures d'allaitement artificiel. Ces mesures permettent souvent de lever le blocage de la

glucuroconjugaison par la lipoprotéine lipase et l'allaitement maternel peut alors être repris sans soucis.

* Les autres ictères pathologiques :

Leurs situations cliniques ressemblent à celles de l'ictère physiologique, mais il existe une cause pathologique. Celle-ci est retrouvée par l'anamnèse (ictère du nouveau-né de mère diabétique ou suite à un déficit d'oxygénation à la naissance), par la clinique (ictère néonatal par résorption sanguine lors d'un épanchement sanguin péri crânien (ventouse)) ou par le bilan immuno-hématologique qui confirme une polyglobulie (chez un jumeau « transfusé » par exemple) ou un ictère néonatal par allo-immunisation foeto-maternelle ABO (incompatibilité sanguine dans le système ABO).

En cas de persistance d'un ictère après une semaine chez un nouveau né à terme (ou 3 semaines chez un prématuré), et en dehors d'un allaitement maternel, il faut envisager 3 hypothèses diagnostiques :

- L'ictère de l'hypothyroïdie congénitale (diagnostiquée par les tests de dépistage néonataux)
- L'ictère lié à une infection urinaire et pouvant masquer une malformation urinaire (certains colibacilles génèrent des anticorps anti-bactériens qui peuvent avoir une réaction croisée avec les antigènes érythrocytaires du groupe ABO. Cette réaction est susceptible de fragiliser la membrane des hématies et d'entretenir un processus hémolytique responsable de la prolongation de l'ictère). Un examen cyto-bactériologique des urines permet alors d'en établir le diagnostic.
- L'ictère par défaut inné de conjugaison de la bilirubine (Maladie de Crigler-Najjar ou Maladie de Gilbert qui ont une activité glucuronyltransférase nulle ou abaissée).

La fréquence de l'ictère physiologique du nouveau-né ne doit donc pas faire oublier les autres étiologies de ce signe clinique ; et quelle que soit son origine, une élévation importante de la bilirubine doit être prise en charge par photothérapie pour éviter les troubles neurologiques susceptibles de se produire en cas de taux trop élevés.

Le diagnostic ne doit pas être retardé et le suivi d'un ictère du nouveau-né doit être minutieux ; qu'il se fasse à la maternité ou à domicile. Une sortie très précoce ne doit pas faire méconnaître un début d'ictère et différer sa prise en charge.

III.3.3. Les infections néonatales.

*** Les infections bactériennes :**

La pathologie infectieuse concerne 1% des nouveau-nés, et leur contamination peut se faire selon 3 modes : anténatal materno-fœtal (par voie hématogène ou amniotique), perinatale (par le liquide amniotique, si la poche des eaux est rompue, par la filière génitale) et postnatale avec des germes provenant de la mère et de l'environnement (souvent des nouveau-nés hospitalisés victimes d'infections nosocomiales). En cas de contamination anténatale ou perinatale, le diagnostic est normalement établi avant la sortie de maternité et la prise en charge est donc planifiée. Le diagnostic peut être retardé et se faire après la sortie de maternité (notamment si elle est précoce) en cas d'infection par contamination postnatale, voire per- ou anténatale pour le streptocoque B ou l'Escherichia Coli (révélation tardive possible).

Les tableaux cliniques peuvent être variés à type de :

- Septicémie (altération de l'état général, teint gris, collapsus, oedèmes, hypo ou hyperthermie, hépatosplénomégalie, ictère, purpura, hypotonie, troubles du rythme respiratoire (polypnée, apnée)...)
- Méningite (convulsions, fontanelle bombée, geignement, coma, refus de boire et/ou vomissement...)
- Tableau focalisé (infection urinaire, entérocologie, conjonctivite, ostéo-arthrite, infection pulmonaire...)

Les germes responsables sont variables en fonction du mode de contamination ; en cas de contamination anténatale, il s'agit le plus souvent de Streptocoques B, mais également de Colibacille, Listeria ou Staphylocoques. Lors d'une contamination postnatale, on retrouve plus souvent des Bacilles Gram Négatifs (entérobactéries, colibacille, Klebsielle, Proteus, Serratia) et des Staphylocoques.

Le traitement doit être urgent à partir du diagnostic et il repose sur le maintien des grandes fonctions vitales (température, équilibre hydro-électrolytique, hémodynamique et respiration) et sur l'antibiothérapie par une association bactéricide à spectre étendu et bonne diffusion méningée.

* Les infections virales :

Les infections virales à révélation tardive justifient des examens sérologiques de confirmation. L'infection par le virus Herpès, le virus de l'hépatite B et/ou du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) nécessite des investigations et des traitements spécifiques en milieu spécialisé. Dans tous les cas, le diagnostic clinique et les signes de gravité sont proches de ceux décrits dans les infections materno-fœtales à début précoce. L'hépatomégalie et la splénomégalie sont fréquentes. En cas d'infection herpétique, le risque pour l'enfant est ophtalmologique et neurologique, et le pronostic vital peut être mis en jeu si l'atteinte est disséminée. Le traitement antiviral doit être hospitalier et urgent. Des troubles neurologiques peuvent également survenir en cas de contamination transplacentaire par le CMV (=cytomégalovirus), mais il n'existe pas de traitement curatif.

En cas de portage maternel du virus de l'hépatite B pendant le 3^{ème} trimestre de la grossesse, le nouveau-né reçoit dès la naissance une séro-vaccination (Immunoglobulines spécifiques en intra-musculaire), renouvelée à 1 et 2 mois de vie.

En ce qui concerne le VIH, le risque de transmission materno-fœtale est lié à la charge virale maternelle qui doit être traitée avant et pendant l'accouchement. Le nouveau-né doit alors être traité par AZT pendant 6 semaines.

* Les parasitoses : la toxoplasmose :

Elle domine les pathologies parasitaires survenant en cours de grossesse. L'hôte spécifique de la coccidie est le chat et 80% des femmes en âge de procréer sont immunisées (les autres doivent pratiquer une sérologie mensuelle pour contrôler leur statut).

La révélation peut être parfois tardive par une chorioretinite, mais dans ¼ des cas, la symptomatologie est neurologique (encéphalomyélite), ophtalmologique et septicémique.

Si le nouveau-né présente des signes d'infection, un traitement d'urgence par pyriméthamine, sulfadiazine et acide folinique est débuté en continu avec surveillance hématologique de 2 mois à 1 an.

III.4. Les complications mécaniques de la naissance.

III.4.1. La paralysie du plexus brachial et la paralysie diaphragmatique.

La paralysie obstétricale du plexus brachial (POPB) est une paralysie partielle ou totale du bras et de la main causée lors d'un accouchement difficile par une lésion des nerfs situés à la racine du bras. Elle est visible dès la naissance et touche un nouveau-né sur 2 000. Selon la nature des lésions (étirement, rupture ou arrachement), les récupérations spontanées sont complètes, partielles ou nulles avec paralysie définitive, partielle ou totale.

Les racines qui peuvent être touchées dans cette pathologie vont de C5 à C8 et D1. En cas de paralysie haute (C5-C6 $\pm$ C7), soit 75% des cas, l'épaule est inactive et le bras est inerte le long du corps, le poignet peut être touché mais la main fonctionne normalement.

Si l'atteinte est basse (C8-D1), le tableau est identique mais il existe en plus une atteinte de la main.

Les paralysies totales (C5-D1) et définitives sont rares.

Il peut exister des troubles associés à ces paralysies motrices du plexus brachial ; les plus importants étant une atteinte du diaphragme (C4) car une paralysie de ce muscle entraîne des troubles respiratoires.

On peut également retrouver des troubles sensitifs (troubles de la sensibilité), vasomoteurs (pâleur du membre atteint) et une fracture de clavicule liée à l'expulsion difficile par une traction importante pour dégager la tête et les bras du nouveau-né.

L'évolution des paralysies liées à une atteinte du plexus brachial dépend du mécanisme des lésions. Un grand nombre vont récupérer spontanément (lésions d'étirement) grâce à une repousse des nerfs avant l'âge de 3 mois. Dans les autres tableaux, un bilan précis (par électromyogramme) ne pourra être établi qu'après plusieurs mois et des interventions réparatrices ou palliatives pourront alors être envisagées. Dans tous les cas, la kinésithérapie

tient une place importante dans le développement des fonctions motrices possibles et cette prise en charge et le suivi doivent être déjà bien engagés et planifiés avant la sortie de maternité.

III.4.2. La fracture de clavicule .

Elle peut se produire lors d'un accouchement difficile avec ou sans disproportion foeto-pelvienne, et dépend de la position d'engagement fœtale dans le bassin maternel. Bénigne, elle est habituellement de bon pronostic avec une simple prise en charge antalgique.

III.5. Le sevrage de toxicomanies maternelles.

Que ce soit une intoxication à l'alcool, aux opiacés, à la cocaïne, à des médicaments..., le maître mot est « surveillance ». Le suivi est prioritairement assuré en maternité et parfois une hospitalisation en néonatalogie peut être nécessaire afin de réaliser un sevrage.

Les signes cliniques peuvent être à type d'hypoglycémie, hypocalcémie, diarrhée, agitation et des signes neurologiques sont constants. Les troubles peuvent également faire évoquer une méningite, et l'interrogatoire des parents est capital. Pour les opiacés, la surveillance de la tolérance clinique est facilitée par le score de Finnegan ou de Lipsitz qu'il faut pratiquer très régulièrement.

Dans ces situations, on ne parle pas de sortie précoce de maternité, mais d'un suivi long médical, psychologique et social durant le séjour à la maternité et après celui-ci.

Les difficultés de la relation mère – enfant peuvent être majeures ; l'essentiel étant le soutien psychologique et prolongé de tous les éléments de la cellule familiale.

III.6. La prise en charge de la douleur.

L'accouchement est une épreuve pour le nouveau-né, d'autant plus si une aide mécanique (forceps, ventouse) est apportée à l'expulsion. Fréquemment, qu'il y ait eu ou non aide à l'expulsion, l'enfant présente un hématome céphalique ou une bosse dite « séro-sanguine », conséquence directe du passage dans le bassin maternel ou de l'aspiration par la ventouse. Celle-ci disparaît dans les 48 heures, mais occasionne des douleurs de position à

l'enfant. Ces douleurs sont alors prises en charge dès la naissance par les antalgiques nécessaires, et notamment le paracétamol.

De même, des coussins gélifiés sont installés chez des enfants qui ont une tête très modelée suite aux contraintes mécaniques de l'accouchement (qu'il y ait eu ou non forceps ou ventouse) afin que il ressente moins les pressions de décubitus.

Lors de la réalisation de bilans sanguins (numération formule, mesure du taux de bilirubine, PCR à la recherche de signes infectieux biologiques...), une tétine avec quelques gouttes de sirop de glucose est donnée à l'enfant pour qu'il tète pendant le geste et que cette sensation sucrée lui apporte soulagement et réconfort.

De plus, l'enfant est un être fragile qui perçoit bien son environnement proche. Aussi, avant de réaliser un examen ou même un change, il faut lui parler, lui expliquer chaque geste pour que la surprise de l'acte ne s'ajoute pas à l'agression.

Toutes ces précautions doivent être prises pour le bien-être des nouveau-nés quelque soit leur date de sortie de la maternité.

L'ensemble de ces troubles peut survenir à différents moments après une naissance. Certains seront diagnostiqués rapidement, d'autres sont plus à craindre en cas de sortie précoce de maternité et leur existence ne doit pas être méconnue.

Cela souligne l'importance d'un accompagnement à domicile en cas de sortie précoce ; il aura pour but d'assurer la surveillance et le dépistage d'éventuelles anomalies tels qu'ils auraient été pratiqués en maternité.

IV. Le rôle du séjour en suites de couches à la maternité.

Les attentes d'un séjour en maternité pour un nouveau né suite à sa naissance sont différentes et personnelles à chaque couple mère – enfant.

Assurer des soins personnalisés à chacun est un défi posé au personnel de tous les centres, mais les maternités sont en devoir d'apporter aux nouveau-nés et à leur entourage des éléments essentiels :

La sécurité – Le confort affectif – La disponibilité d'un personnel qualifié.

* La sécurité physique de l'enfant.

C'est un premier impératif à respecter. La fragilité de l'enfant à la naissance est constante, aussi faut-il offrir au nouveau-né des soins adaptés à ses besoins. La médicalisation de la naissance a permis de grands progrès dans la prise en charge de ces nouveau-nés fragiles, mais malheureusement des décès peuvent encore survenir même au sein de la salle de naissance d'une maternité comme nous le montre les 2 décès de nouveau-nés apparemment sains survenus en 2003 dans notre région [11] (alors qu'ils étaient couchés en décubitus ventral sur le ventre de leur maman), ou encore les 5 décès rapportés à la même époque dans la région parisienne [11bis]. Ces tristes exemples, au cours des premières heures de vie, nous montrent qu'il faut assurer une surveillance adaptée des nouveau-nés à terme, apparemment sains et sans facteurs de risque particulier, tout en conservant une approche humaine de cet événement « naissance » auprès des familles.

Ensuite, après cette première étape, le séjour en maternité permet aux pédiatres et aux sages-femmes d'observer l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine et de s'assurer de l'absence de malformation ou de trouble particulier avant qu'il ne rejoigne le milieu familial.

De plus, durant ce séjour, différents examens sont réalisés, et notamment les tests de dépistage de la phénylcétonurie, de l'hypothyroïdie congénitale et de l'hyperplasie congénitale des surrénales. Ce sont des tests de dépistage systématiques qui permettent un diagnostic rapide de ces différentes maladies. Ils sont regroupés dans le test dit de Guthrie qui doit être réalisé après la soixantième heure de vie, soit à J3. Pour certaines populations dites « à risque », les dépistages de la mucoviscidose et de la drépanocytose sont également réalisés et permettent un diagnostic et une prise en charge précoce en cas de réponse positive.

Enfin, l'examen du 8^{ème} jour correspond à un véritable passeport de sortie de la maternité pour le nouveau-né chez qui le praticien s'est assuré que tout allait bien.

* Les gestes quotidiens de puériculture et l'éducation à la santé.

La réalisation des soins au nouveau-né lors du séjour à la maternité en compagnie d'un personnel compétent permet à la maman d'acquérir une pratique, de maîtriser les gestes avant

de se retrouver à la maison, seule avec son enfant. De même, le moment des soins permet d'apporter différentes explications et confie aux mères les bases d'une éducation à la santé. Les professionnels présents durant le séjour des mères ont également un rôle de soutien dans la bonne mise en route des allaitements maternels.

* La dimension relationnelle.

L'importance des contacts précoces dans l'établissement du lien mère - enfant, de l'attachement, est essentielle au bon développement psychique de l'enfant.

De même, une relation nouvelle s'instaure entre l'enfant, sa mère, son père et peut-être des frères et sœurs. L'environnement de l'enfant doit être propice à ces échanges riches en émotions des premiers jours de vie. Cela permet de bien planter les bases familiales. Ainsi, le personnel des maternités, tout en restant discret par rapport au groupe familial, doit s'assurer de la bonne installation de ces relations.

* L'accompagnement.

Le séjour en maternité permet d'accompagner les parents dans leur nouveau statut. L'équipe soignante est là pour écouter, soutenir, conseiller. La présence continue 24 heures sur 24 du personnel dans le service des suites de couches permet d'apporter des réponses aux questions des jeunes mères dès qu'elles se présentent.

Cette description de ce qui doit être fait pour le bien et la santé de l'enfant au cours du séjour à la maternité est théorique et doit être nuancée: existe-t-il réellement, aujourd'hui et dans toutes les maternités, un programme d'éducation à la santé de l'enfant et un soutien à l'allaitement maternel tel qu'il se doit ?

V. Evolution de la durée de séjour en maternité.

V.1. Les critères de sortie.

Ceux-ci ont évidemment changé avec le temps et les connaissances médicales; nous nous souvenons de nos grands-mères et même de nos mères qui ne pouvaient se lever dans la première semaine après un accouchement et ne sortaient pas avant 15 jours de la maternité...

Aujourd'hui, la durée de séjour du couple mère – enfant dans les suites d'une naissance dépend de deux paramètres :

- D'une part de la durée « habituelle », prédéfinie et propre à chaque établissement, essentiellement fonction du nombre de lits de suites de couches et du nombre d'accouchements. Cette durée s'est réduite progressivement, car l'évolution de la médecine a permis de définir des attitudes différentes envers les parturientes et souvent la pénurie de lits provoque des sorties plus rapides.
- D'autre part, d'un certain nombre de critères pouvant intervenir pour modifier cette durée « de base » :
 - * les critères pédiatriques : âge gestationnel, poids de naissance, courbe pondérale, pathologie postnatale éventuelle, malformation...
 - * les critères obstétricaux : mode d'accouchement (voie basse ou césarienne, épisiotomie...), grossesse ou suites de couches pathologiques, problème de santé maternel annexe...
 - * les critères familiaux : situation familiale et socio-économique, couverture sociale, environnement culturel, fratrie, possibilité d'aide à la maison, désir des mères...

V.2. La durée du séjour, évolutions et tendance actuelle.

La durée de séjour est la seule donnée objective que nous possédons concrètement dans le domaine de la prise en charge en périnatalité.

- **Durée moyenne de séjour (=DMS) à la maternité, en France.**

Les valeurs de durée de séjour en maternité en France sont disponibles grâce aux bases de données PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) qui sont consultables sur le site Internet de l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière). En effet, on peut définir la durée moyenne d'un type de séjour en maternité en fonction du GHM (Groupe Homogène de Malades) dans lequel il a été classé.

Exemples :

- Le GHM 540 (devenu en 2004 le 14Z02A suite à un changement de nomenclature): Accouchement par voie basse sans complication
- Les GHM 536 et 535 (ou 14Z02B et 14Z02C): Accouchement par voie basse avec complication
- Le GHM 531 (devenu le 14C02A) : Accouchement par césarienne sans complication
- Et les GHM 538 et 537 (ou 14C02B et 14C02C): Accouchement par césarienne avec complication

Nous avons choisi d'étudier ici uniquement les accouchements sans complication, qu'ils soient par voie basse ou par césarienne (= GHM 540 et 531 ou 14Z02A et 14C02A), car ce sont ceux qui sont susceptibles de sortir plus tôt de la maternité.

*** Les accouchements par voie basse sans complication.**

**Evolution de la DMS en France pour un accouchement par voie basse sans complication
(GHM 540 – 14Z02A)**

	France - GHM 540-14Z02A. Données PMSI	Effectifs	Durée moyenne de séjour	Différence pubic/privé	Ecart- type	Mode	Médiane
1995	Etablissements publics	282 916	5,637		6,143	5	5
	Etablissements privés	/	/		/	/	/
1996	Etablissements publics	325 602	5,468		4,667	5	5
	Etablissements privés	/	/		/	/	/
1997	Etablissements publics	329 389	5,345	0,220	4,046	5	5
	Etablissements privés	168 980	5,565		2,729	5	5
1998	Etablissements publics	335 700	5,152	0,239	3,113	5	5
	Etablissements privés	182 524	5,391		2,611	5	5
1999	Etablissements publics	341 191	5,051	0,224	3,387	5	5
	Etablissements privés	190 747	5,275		1,976	5	5
2000	Etablissements publics	352 056	4,918	0,197	2,642	5	5
	Etablissements privés	203 541	5,115		2,035	5	4
2001	Etablissements publics	350 660	4,839	0,149	2,597	4	4
	Etablissements privés	192 423	4,988		1,811	5	4
2002	Etablissements publics	336 946	4,698	0,198	3,649	4	4
	Etablissements privés	195 077	4,896		2,734	5	5

Source: Site Internet de l'ATIH.

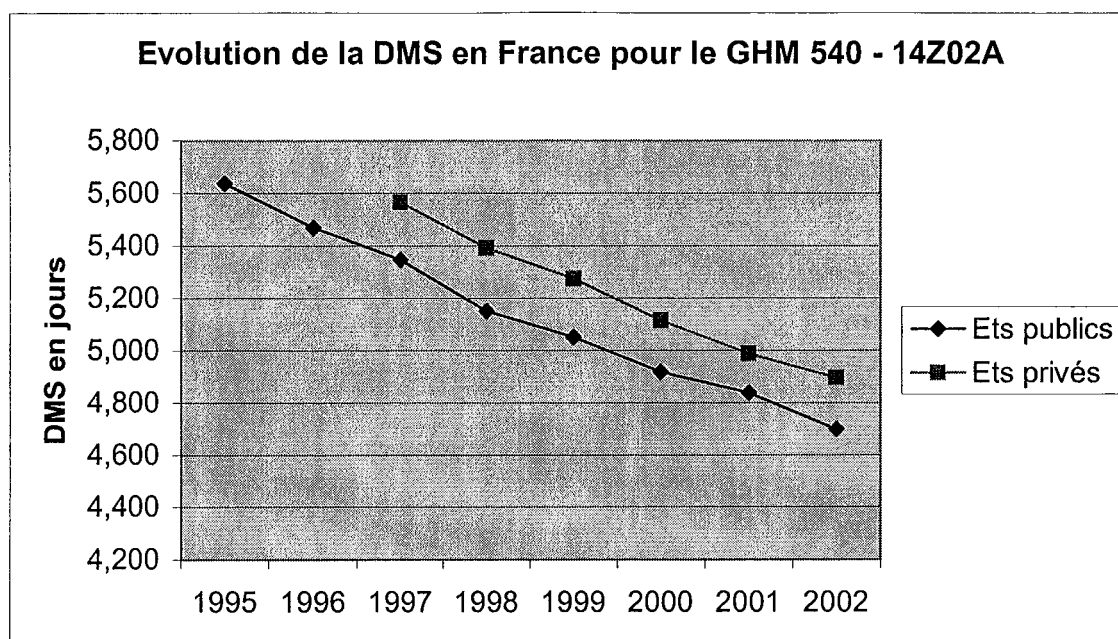


Tableau et graphe n° 9: Evolution de la DMS en France pour un accouchement par voie basse.

Le graphique montre bien la tendance à la baisse de la durée de séjour en maternité suite à un accouchement par voie basse sans complication. En 8 ans (de 1995 à 2002), la DMS a diminué de 0,939 jour, soit près de 20% de la durée totale.

En 1995, la majorité des femmes restaient 5 jours complets à la maternité (mode=5) contre 4 jours en 2002.

La tendance des établissements privés est la même que celle des établissements publics, les 2 courbes sont parallèles. La durée de séjour en établissements privés est constamment supérieure à celle des établissements publics (les femmes restent 0,2 jour de plus en établissement privé qu'en établissement public).

Si nous étudions plus précisément la base de données PMSI de 2000, la durée moyenne de séjour en maternité après un accouchement par voie basse est de 4,9 jours en France. Cette valeur reflète bien tout le territoire, car même si les femmes sortent un peu plus tôt dans certaines régions par rapport à d'autres, les valeurs n'excèdent pas 24 heures de différence (moyennes par région de 4,6 à 5,4 jours en 2000).

Les régions où les durées de séjour sont les plus courtes sont l'Ile de France, la région Centre, la région Rhône-Alpes, l'Alsace et la région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur).

Les régions où les durées de séjour sont les plus longues sont la Basse Normandie, la Lorraine (cf IV.3.2), l'Auvergne et la Franche Comté.

A noter que les régions où les sorties se produisent le plus tôt sont les régions à forte densité de population (Paris, Sud-Est...); cela traduit également un manque de lits d'obstétrique par rapport à la population, ce qui entraîne un turn-over plus rapide des mères et donc une DMS plus faible.

*** Les césariennes sans complication.**

Evolution de la DMS en France pour une césarienne sans complication(GHM 531 – 14C02A)

	France - GHM 531 14C02A. Données PMSI	Effectifs	Durée moyenne de séjour	Différence pubic/privé	Ecart-type	Mode	Médiane
1995	Etablissements publics	44 193	9,218		6,825	8	8
	Etablissements privés	/	/		/	/	/
1996	Etablissements publics	53 685	9,040		5,841	8	8
	Etablissements privés	/	/		/	/	/
1997	Etablissements publics	61 331	9,078	-0,305	5,462	8	8
	Etablissements privés	34 576	8,773		3,882	8	8
1998	Etablissements publics	62 540	8,830	-0,237	7,732	8	8
	Etablissements privés	38 295	8,593		3,801	8	8
1999	Etablissements publics	65 708	8,565	-0,199	5,034	8	8
	Etablissements privés	41 011	8,366		4,036	8	8
2000	Etablissements publics	70 375	8,302	-0,257	4,943	7	7
	Etablissements privés	44 526	8,045		3,415	7	8
2001	Etablissements publics	74 635	8,169	-0,352	5,121	7	7
	Etablissements privés	44 791	7,817		3,785	7	7
2002	Etablissements publics	67 554	7,408	0,050	3,738	7	7
	Etablissements privés	44 573	7,458		2,714	7	7

Source: Site Internet de l'ATIH.

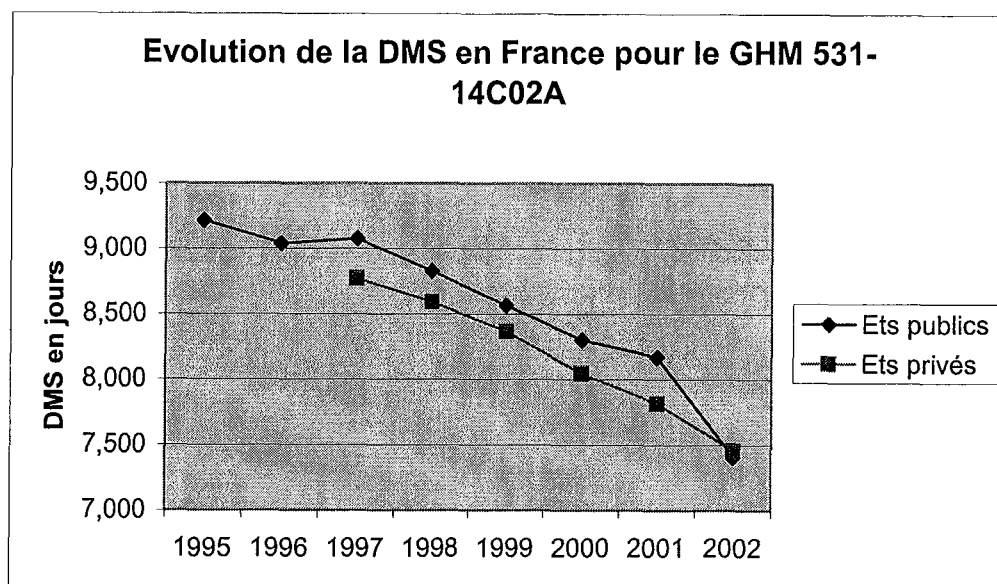


Tableau et graphe n° 10: Evolution de la DMS en France pour un accouchement par césarienne.

Les durées moyennes de séjour en maternité dans les suites d'une césarienne sans complication diminuent également durant ces 8 années. Cependant, en dehors de 2002 où les DMS se rejoignent, c'est dans les établissements publics que les femmes restent le plus longtemps (de 0,2 à 0,3 jour de plus selon les années) contrairement aux accouchements par voie basse. Ceci est sans doute dû au recrutement particulier des différents types d'établissements. En cas de grossesse pathologique ou difficile, les femmes sont orientées vers les établissements publics, alors que les cliniques privées recrutent essentiellement des grossesses « simples », où il y a potentiellement moins de risque et cela se ressent sur les durées de séjour.

On remarquera également une dispersion assez importante des valeurs de DMS compte tenu des écarts types qui sont relativement élevés.

• **Evolution des DMS en Lorraine pour des accouchements sans complication, par voie basse et par césarienne.**

Les données PMSI nous permettent également de connaître la durée de séjour en maternité des mères lorraines.

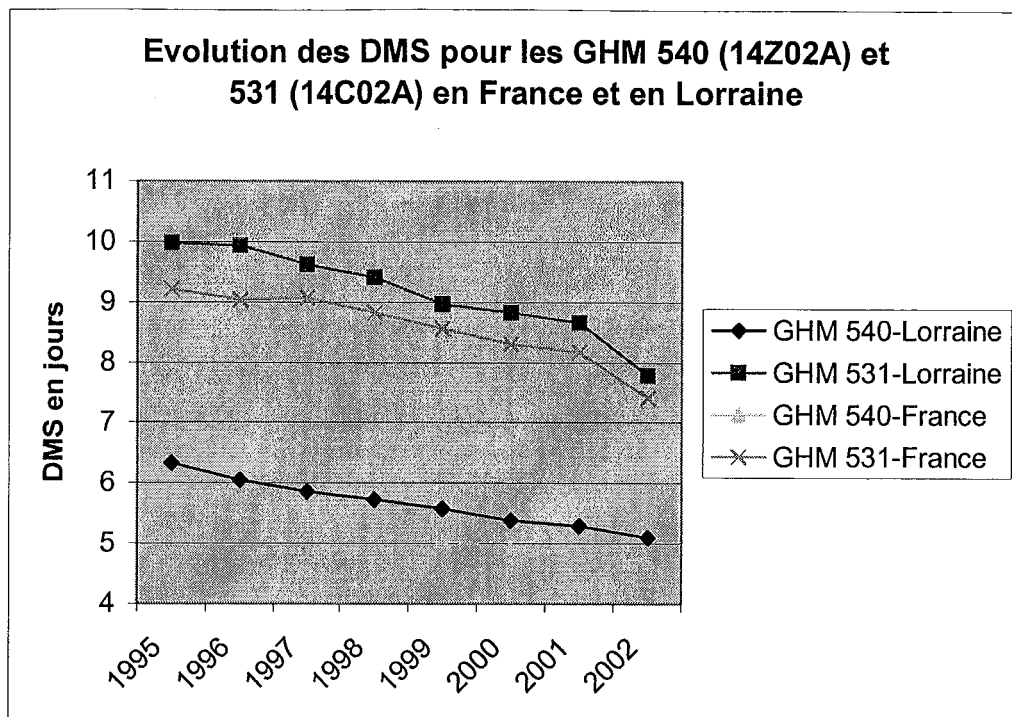
Evolution de la DMS en Lorraine pour un accouchement par voie basse sans complication

GHM 540-Lorraine. Données PMSI	Effectifs	DMS en Lorraine	DMS en France (Ets publics)	Différence DMS Lorraine-France	Ecart-type	Mode	Médiane
1995	13001	6,332	5,637	0,695	8,398	6	6
1996	13620	6,047	5,468	0,579	4,048	6	6
1997	13358	5,865	5,345	0,520	2,747	5	6
1998	13058	5,731	5,152	0,579	4,918	5	5
1999	12784	5,573	5,051	0,522	1,945	5	5
2000	12600	5,385	4,918	0,467	1,969	5	5
2001	12334	5,295	4,839	0,456	2,11	5	5
2002	10646	5,103	4,698	0,405	1,696	5	5

Evolution de la DMS en Lorraine pour une césarienne sans complication

GHM 540-Lorraine. Données PMSI	Effectifs	DMS en Lorraine	DMS en France (Ets publics)	Différence DMS Lorraine-France	Ecart-type	Mode	Médiane
1995	2240	9,98	9,218	0,762	6,47	8	9
1996	2410	9,934	9,040	0,894	9,242	8	9
1997	2452	9,627	9,078	0,549	7,527	8	8
1998	2373	9,416	8,830	0,586	8,963	8	8
1999	2389	8,969	8,565	0,404	4,965	8	8
2000	2552	8,826	8,302	0,524	5,56	8	8
2001	2793	8,662	8,169	0,493	5,857	8	8
2002	2145	7,78	7,408	0,372	2,622	7	7

Source: Site Internet de l'ATIH.



Tableaux et graphe n°11: Evolution des DMS en Lorraine pour les accouchements par voie basse et césarienne.

La tendance est la même que pour le niveau national ; la durée de séjour diminue progressivement durant ces 10 dernières années. Cependant, on remarque que la DMS en Lorraine reste supérieure à la DMS nationale ; les femmes restent plus longtemps à la maternité dans notre région puisqu'en 1995, la majorité des femmes restaient 6 jours en Lorraine contre 5 jours au niveau national et qu'en 2002 elles restaient encore 5 jours contre 4 jours (cf mode) pour un accouchement par voie basse sans complication. C'est la même chose pour les séjours suite aux césariennes sans complication avec cependant une différence moins importante qui ne se répercute que sur la DMS (9,98 contre 9,218 en 1995 et 7,78 contre 7,408 en 2002) et non sur le mode ; les femmes restent majoritairement 8 jours à la maternité en 1995 et 7 jours en 2002 au niveau lorrain comme au niveau national.

- **Constat :**

La tendance, nationale ou Lorraine, est donc à la diminution de la durée de séjour, que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou par césarienne.

Ce raccourcissement, inéluctable, semble répondre à 2 nécessités essentielles, souvent conjuguées :

- Une volonté économique et stratégique :

Le manque de lits, de praticiens et la réduction du temps de travail, mais aussi un souci de rentabilité imposent aujourd'hui une rotation plus rapide.

En effet, le mode de gestion des hôpitaux a changé. Le financement « au prix de journée » a laissé la place à la « dotation globale » et maintenant à « la tarification à l'activité ». La multiplicité d'actes de soins techniques est nécessaire à l'équilibre financier ; et proportionnellement les frais d'hébergement sont devenus prohibitifs. La conjonction de ces différents éléments a entraîné une réduction indispensable des durées de séjour et une recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation en établissement de soins, comme l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation à domicile.

- Une volonté des mères et des familles:

D'autre part la diminution de la durée de séjour est liée à la demande de certaines mères qui, à défaut de pouvoir accoucher à domicile, souhaitent retrouver le plus rapidement possible leur milieu familial jugé plus confortable et plus chaleureux, et veulent éviter une trop grande médicalisation de l'accouchement et de ces suites.



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Troisième partie :

Application à la maternité de Remiremont.

I. Histoire de l'hôpital et de la maternité [12 à 18].

I.1. Xème-XVIème siècle : les débuts, un abris pour pèlerins et voyageurs.

Les premières traces d'un établissement hospitalier datent du Xème siècle. Il s'agissait d'une aumônerie pour abriter et nourrir les pèlerins et les pauvres voyageurs. Ce premier hôpital fut construit près du cloître et de l'église, dans l'enceinte même de l'Abbaye.

Outre les passants et les pèlerins, cet établissement admit les malades et les infirmes à partir du XVIIème siècle ; soit 1695 avec le nouveau règlement de l'Evêque de Toul.

Ce sont les chanoinesses de Remiremont qui supportaient les charges sociales de la charité et de l'hospitalité. Pour se faire, elles déléguaient leur pouvoir à une Dame, élue en assemblée capitulaire et appelée grande aumônière. Elle était chargée de distribuer les secours et de surveiller l'hôpital.

Sous son autorité, le maître ou directeur de l'hôpital dirigeait l'établissement. Il s'agissait toujours d'un ecclésiastique.

I.2. XVIIème et XVIIIème siècle : développement de l'établissement hospitalier de Remiremont.

En 1696, pour augmenter l'importance de l'hôpital de Remiremont, le Roi lui annexa les ressources des hôpitaux de Plombières, Arches, Bruyères et de la léproserie de La Madeleine.

Mais les bâtiments n'étaient pas réparés au fil des ans, faute de crédits. Le tremblement de terre du 12 mai 1682 n'avait pas arrangé la situation et les murs fissurés menaçaient de tomber en ruine.

De plus, comme l'hôpital était enclavé dans l'Abbaye, c'est-à-dire au centre de la ville, les maladies contagieuses se transmettaient rapidement à travers toute la cité.

Aussi, le chapitre fut convoqué le 25 août 1721, présidé par l'Abbesse Béatrix de Lorraine - Lillebonne. Elle décida de transférer l'hôpital entre les murailles de la ville et le ruisseau de Maxonrupt, en dehors de la cité ; emplacement qui correspond à celui d'aujourd'hui.

Les travaux ont duré 3 ans, jusqu'en 1724 ; et l'hôpital pris le nom de sa bienfaitrice : Hôpital Sainte Béatrix.

Il contenait alors :

- 2 salles de 6 lits pour les malades
- 2 salles de 10 lits pour les passants et pèlerins
- 2 chambres pour les orphelins
- 1 pharmacie
- 1 réfectoire
- 1 chapelle.

En annexes, on trouvait également les cuisines, une boulangerie, un lavoir, une écurie, une basse-cour et des jardins.

Quatre sœurs de la maison Saint-Charles de Nancy furent envoyées pour s'occuper des malades.

Les années qui suivirent furent prospères pour l'hôpital qui était bien administré.

En 1784, la princesse Anne-Charlotte de Lorraine Brionne, nouvelle Abbesse, fit un don qui permit d'ouvrir une nouvelle salle de 6 lits destinés aux femmes âgées qui y finissaient leur vie.

I.3. Les changements de la révolution.

La période révolutionnaire changea les choses au sein de l'hôpital de Remiremont. Quatre infirmières civiles remplacèrent les sœurs de Saint-Charles en 1793 ; et le chanoine Andreu, alors directeur, refusa de prêter serment à la constitution. Il fut alors remplacé par Sébastien Mathiot, un cordelier qui avait adhéré à la constitution civile du clergé.

La crise économique se fit alors durement sentir. Les revenus ont baissés de moitié en peu de temps, tandis que les charges augmentaient.

Un état dressé le 27 août 1792 montre que l'hôpital comporte :

- 26 lits pour les malades
- 8 lits pour les pauvres et les passants
- 1 dortoir de 24 lits pour les orphelins.

Par la suite, pendant les guerres de la République, il fut imposé à l'hôpital de soigner et d'entretenir les militaires qui lui étaient adressés.

Pendant la révolution, il fut également créé une commission de surveillance pour l'hôpital, ancêtre direct de la commission administrative et donc du conseil d'administration actuel. Cette commission médicale résulte de la loi du 15 vendémiaire de l'an V (=7 octobre 1796).

C'est également à cette époque qu'arrivent les premiers chirurgiens instruits, bien différenciés des anciens barbiers ignorants et méprisés.

I.4. A partir du Premier Empire.

Très peu d'écrits, dans les archives, concernent la période du Premier Empire et après. On y apprend seulement que la salle des orphelins est encore agrandie, et qu'en 1847, les lits de bois sont remplacés par des lits en fer.

En 1866, la commission décida d'agrandir l'établissement compte tenu de l'augmentation de la population indigente.

Un nouveau bâtiment fut alors construit dans les jardins de l'hôpital et utilisable dès 1870, juste à temps pour accueillir les blessés de la guerre franco-allemande.

En 1900, le ministère des armées fit même construire, à ses frais, un pavillon réservé aux malades militaires.

I.5. Evolution vers un hôpital moderne au début du XXème siècle.

En 1908, de nouvelles améliorations importantes sont apportées à l'hôpital. Une salle d'opération est ouverte ; et, fait qui nous intéresse tout particulièrement ici, une maternité ouvre ses portes.

Suivra en 1909, la création d'une maison de retraite.

Le règlement intérieur de l'hôpital Sainte Béatrix régissant l'établissement en 1914 a été retrouvé ; il y décrivait les personnes pouvant être reçues comme hospitalisées :

- Les malades civils, hommes, femmes et enfants, atteints de maladies aiguës ou chroniques et les blessés
- Les malades militaires
- Les femmes enceintes
- Les femmes en couches
- Les vénériennes.

Par ailleurs, l'hospice recevait :

- Les vieillards indigents des deux sexes
- Les incurables et les infirmes indigents des deux sexes
- Des enfants (à titre provisoire)
- Des vieillards valides ou incurables des deux sexes.

La répartition des lits se faisait en services normaux ou en services spécialisés.

	Désignation des services	Hospitalisés	Nombre de lits
Services normaux	Service de médecine	Hommes	10
		Femmes	10
		Enfants de moins de 13 ans	2
	Service de chirurgie	Hommes	10
		Femmes	10
		Enfants de moins de 13 ans	1
	Affections contagieuses	Isolement collectif - Hommes	4
		Isolement collectif - Femmes	5
	Maternité	Expectantes	4
		Accouchées	6
Berceaux		5	
Services spéciaux	Aliéné en observation		1
	Marins et militaires	Officiers	2
		Sous-officiers	12
		Soldats	136
	Maladies vénériennes		4
	Pensionnat de malades	Salle commune - Hommes	4
		Salle commune - Femmes	4
		Chambres séparées	2
Total du nombre de lits			232

Tableau n°12 : Répartition des lits dans l'hôpital de Remiremont en 1914.

Par le tableau n° 12, nous pouvons constater que la maternité contenait 15 lits. Dans la suite du texte du règlement, nous lisons encore : « faute d'emplacement convenable dans

l'hôpital, les teigneux, les vénériens et les femmes enceintes peuvent être traités dans l'hospice ». Il existait donc une solution pour les femmes enceintes qui arrivaient à l'hôpital alors que la maternité était pleine !

Mais ce texte donnait également des directives sur les nouvelles conceptions des hôpitaux modernes : « dans les hôpitaux à construire, le nombre de mètres carrés par lit doit être au minimum de 10, le nombre de mètres cubes de 40 ; dans les établissements existants, on devra se rapprocher autant que possible de ces quantités ».

I.6. Les progrès issus de la première guerre mondiale.

La fin de la première guerre mondiale a vu la naissance des « années folles » avec la joie qu'entraîne la fin d'une guerre. Mais cette euphorie ne dure pas en raison de difficultés financières croissantes. Heureusement, l'hôpital a pu subsister en vivant en autarcie grâce à sa ferme. Il était toujours en possession de 9 vaches qui permettaient d'alimenter tout l'hôpital en lait, mais également de porcs, lapins et poules.

Le nombre de lits dévolus aux militaires baisse, laissant plus de place aux malades civils.

Les progrès de la médecine commencent alors à franchir les portes de l'hôpital de Remiremont avec l'acquisition en 1924 d'un appareil à radiographies.

En 1925, apparition de l'électricité à l'hôpital, et en 1930, un scialytique set acheté pour la salle d'opération.

De 1930 à 1932, agrandissement de l'hôpital de 80 lits et d'une nouvelle salle d'opération avec salle de stérilisation et de pansements dotée d'un matériel et d'un outillage modernes.

Progressivement, l'hôpital continue de se développer. Au niveau de la maternité, en 1938, la création d'une chambre spéciale pour les bébés, une pouponnière, est décidée en raison d'une augmentation du nombre de naissances dans l'établissement (104 en 1937 contre 49 en 1936).

I.7. Pendant la seconde guerre mondiale.

En cette période de guerre et afin de préserver des lits pour les blessés militaires, 76 vieillards, infirmes et incurables sont transférés le 2 septembre 1939 dans un hôtel de plombières. La maternité et la salle d'accouchement sont transférées au 2^{ème} étage avec 18 lits.

La situation de l'hôpital était alors la suivante :

- 113 lits pour la médecine et la chirurgie
- 18 lits pour la maternité
- 12 lits occupés par des personnes âgées étant susceptibles de rendre des services d'entretien ou autre.
- 140 lits à la disposition du service de santé des armées.

Grâce aux croix rouges peintes sur les toits des bâtiments de l'hôpital, il n'a pas été bombardé en dehors des 22 et 23 septembre 1944. Heureusement, il n'y a eu que peu de morts (3) et de blessés, car les malades et opérés avaient été descendus le 20 septembre dans les caves de l'hôpital. 3 jours plus tard, c'était la libération de toute la ville de Remiremont.

En 1946, l'hospice est transformé en pavillon de maternité.

Un écrit de 1948 fait alors état des 226 lits de l'hôpital :

- | | |
|---|----------|
| - Chirurgie : | 119 lits |
| - Médecine : | 55 lits |
| - Maternité : | 24 lits |
| - Maladies contagieuses : | 11 lits |
| - Tuberculeux : | 17 lits |
| + 71 lits pour personnes âgées à l'hospice. | |

I.8. Le développement dans la deuxième moitié du XXème siècle.

La fin des années 1950 et les années 1960 voient se développer l'ensemble de l'établissement. Ainsi un réfectoire spacieux est créé en 1959 pour le personnel.

Petit à petit, les salles communes sont transformées en chambres doubles, voire même individuelles, en voici le calendrier :

- Transformation de la salle de chirurgie-femmes en 1960
- Transformation de la salle de médecine-hommes
et chirurgie- hommes en 1961
- Transformation de la salle de médecine-femmes en 1962

Dès le début des années 1960, un service de consultations externes est mis en place. Tous les médecins et chirurgiens y reçoivent les malades suivant un calendrier et des horaires affichés au portail d'entrée.

L'arrivée du Docteur Laroche en décembre 1961, médecin-gynécologue accoucheur, nécessite la modernisation du service de maternité. Trois salles de travail, deux pouponnières et une salle majeure d'opération sont alors équipées à la demande du nouveau médecin qui travaille en collaboration avec 2 sages-femmes.

Dans les années qui suivent, l'hôpital voit la rénovation et un agrandissement du service de médecine infantile et des services administratifs. Il y a également un changement du matériel de radio-diagnostic.

En 1965, le téléphone est installé dans 24 chambres particulières de maternité, chirurgie et médecine.

Mais le nombre de journées d'hospitalisation augmente continuellement. Compte tenu de cela, la commission nationale de l'équipement hospitalier émet un avis favorable, le 26 juillet 1966, à l'élaboration, à Remiremont, d'un nouvel hôpital de 510 lits.

En 1967, il est décidé de garder le même lieu pour la construction du nouvel hôpital avec acquisition des propriétés voisines pour agrandissement. Cet avis est émis en raison de la proximité du centre ville et l'accès facile à ces structures. Il y aura une démolition progressive de l'ancien hôpital afin d'assurer la continuité des soins.

Les travaux débutent en 1972. En 1973, un poste d'assistant est ouvert en gynécologie-obstétrique et dans d'autres services également ; en grandissant, l'hôpital recrute.

I.9. Le nouvel hôpital.

Les premiers locaux neufs furent disponibles en avril 1974. Le déménagement a donc pu commencer les 2 et 3 avril 1974, journées qui concernaient la maternité.

Dix femmes ont vécu le déménagement ce 2 avril. L'une d'entre elles a même été césarisée le jour même, à 5 heures du matin, dans une salle de chirurgie restée ouverte et opérationnelle pour les urgences. Ainsi, une petite Peggy de 2750g fut le dernier bébé de l'ancien hôpital.

Pour changer de locaux, chaque mère portait soigneusement son enfant dans ses bras, lesquels portaient leur bracelet bien étiqueté.

Initialement et pendant quelques mois, la maternité fut installée au 4ème étage du bâtiment principal avec en plus quelques lits au 3ème étage. Ce n'est qu'en novembre 1974 qu'elle intégra sa place actuelle, dans une aile, à gauche des bâtiments centraux. Le service de gynécologie-obstétrique comptabilisait alors 54 lits.

Le service de néonatalogie s'est ouvert au troisième étage le premier juillet 1974 avec 2 incubateurs et 10 lits.

Ainsi, dès le 3 avril, les bébés ont vu le jour dans les nouveaux locaux, et de plus en plus de femmes venaient y accoucher.

En 1973, 585 enfants sont nés à l'hôpital de Remiremont, et 713 en 1974.

Dès lors, environ 1000 enfants naissaient à la maternité de Remiremont chaque année, mais une baisse est apparue après le passage à l'an 2000, car c'est en moyenne 900 enfants qui naissent par an à Remiremont depuis 2001.

Le record du nombre de naissances s'est produit en 1980 avec 1371 enfants. A cette époque, 7 praticiens travaillent à temps complet à la maternité, pour un passage de 2291 personnes dans l'année.

En 1996 et 1997, les chambres des accouchées au premier étage de l'aile de la maternité sont rénovées et la salle d'opération du bloc obstétrical avec les salles de travail et pré-travail sont refaites et remises aux normes en 2002. De plus, durant ces dernières années,

les chambres de gynécologie du rez-de-chaussée sont progressivement repeintes pour donner à la maternité de Remiremont son apparence actuelle.

II. Présentation des équipes, locaux et moyens actuels.

II.1. La maternité.

Elle se situe sur l'aile gauche du bâtiment principal et se regroupe sur 3 étages : consultations, échographies et préparation à l'accouchement au sous-sol, gynécologie au rez-de-chaussée et service d'obstétrique au premier étage. Le bloc obstétrical jouxte et communique avec cette aile mais appartient au bâtiment principal.

II.1.1. Le personnel.

1 praticien hospitalier chef de service	1 cadre de santé	7 ASHQ
3 praticiens hospitaliers	17,5 ETP sage-femme	4 secrétaires
1 praticien associé contractuel	1 IDE	
2 ou 3 résidents	22,5 ETP aides-soignantes ou auxiliaires de puériculture	

II.1.2. Les locaux.

Le service de gynécologie obstétrique de Remiremont comporte 42 lits, dont 13 de gynécologie (rez-de-chaussée) et 29 d'obstétrique (au premier étage). Tous les lits d'obstétrique sont installés en chambres seules rénovées depuis peu. Les bains des enfants se pratiquent dans une grande salle au centre du service permettant les soins à 4 enfants simultanément. Cet endroit est particulièrement apprécié par les mères, car c'est un lieu d'échanges important. La pouponnière, vitrée, est contiguë au bureau des sages-femmes.

Pour les accouchements, 3 salles de travail sont disponibles, une salle de pré-travail pouvant recevoir 2 patientes et une salle post-accouchement avec 2 places où les femmes sont également surveillées dans les heures qui suivent une césarienne. Parallèlement se situent les salles d'accueil des nouveau-nés avec 3 postes de réanimation néonatale.

Dans cette aile obstétricale se trouve également la salle de césarienne rénovée en 2002, tandis que les interventions gynécologiques sont pratiquées au bloc chirurgical central du bâtiment principal de l'hôpital.

Pour les consultations, les gynécologues obstétriciens disposent de 3 bureaux au sous sol, chacun est divisé en 2 salles distinctes : une partie prévue pour l'interrogatoire et l'autre pour l'examen clinique.

Le service est équipé de 2 échographes.

On y trouve également une salle pour les séances de préparation à l'accouchement.

II.2. La pédiatrie et la néonatalogie.

Le service de néonatalogie – pédiatrie se situe au troisième étage du bâtiment principal de l'hôpital et s'étend sur les 2 ailes.

La pédiatrie médicale accueille dans ses locaux la chirurgie pédiatrique et l'ORL. Le service de néonatalogie a été rénové tout récemment.

II.2.1. Le personnel.

1 praticien hospitalier chef de service	1 cadre de santé	6,75 ETP ASHQ
3 praticiens hospitaliers	9 IDE	2 secrétaires
2 attachés	11 puéricultrices	1 éducatrice
2 ou 3 résidents	17 aides-soignantes	1 psychologue

II.2.2. Les locaux.

Le service est divisé en plusieurs secteurs :

- L'aile droite avec la pédiatrie (12 lits), une salle de soins (recevant les urgences de nuits, les week-end et les jours fériés), une salle de jeux, l'école des enfants hospitalisés et une salle de repas pour les grands enfants et adolescents qui veulent déjeuner ensemble.

- L'aile gauche avec la néonatalogie (6 lits), l'accueil des nourrissons (4 lits), l'hôpital de jour (3 lits et une salle d'examen pour toutes les urgences et consultations pédiatriques non programmées pendant la journée), les salles de consultations (3), le psychologue et le secrétariat.

III. Recueil de données.

Grâce aux rapports d'activité du service et aux données PMSI fournies par le Département d'Information Médicale de l'hôpital, nous pouvons établir un tableau des naissances à la maternité de Remiremont depuis 1992.

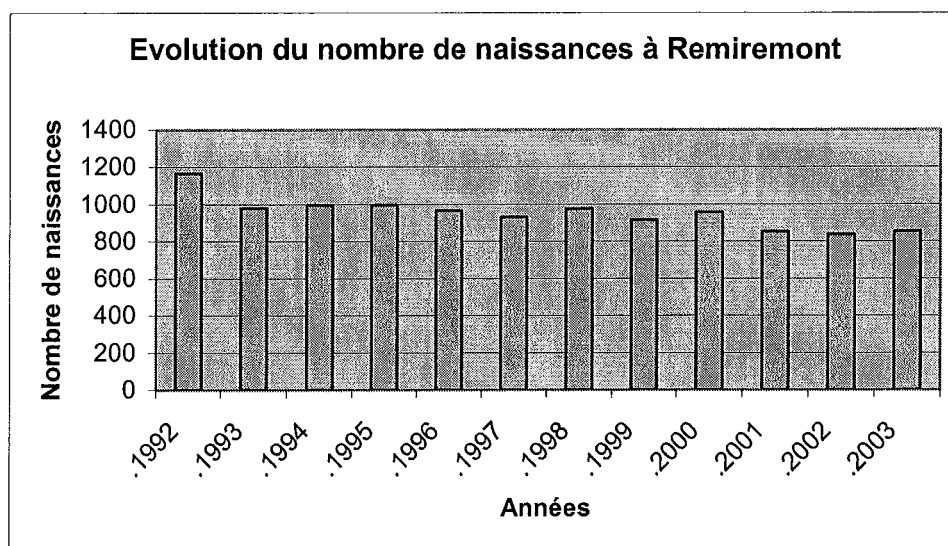
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Nombre de naissances	1167	978	997	996	965	930

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de naissances	977	916	955	852	838	854
Poids moyen de naissance	///	3228	3217	3122	3185	3231
Terme moyen en SA	///	39,40	39,23	39,09	39,18	39,13
DMS en obstétrique	5,18	5,03	4,92	4,61	4,54	4,32

Tableau n°13 : Evolution du nombre de naissances et des durées moyennes de séjour en obstétrique à Remiremont.

Sources : - Département d'information médicale de l'hôpital de Remiremont. PMSI.

- Rapports d'activité du service d'obstétrique de Remiremont.



Graph 14 : Evolution du nombre de naissances à la maternité de Remiremont de 1992 à 2003.

Le secteur couvert par ces naissances est assez vaste ; il comprend les cantons de Remiremont, Saulxures-sur-Moselotte, Le Thillot, Gérardmer, Plombières et s'étend jusqu'en Haute-Saône, d'autant plus que la maternité de Luxeuil-Les-Bains a fermé ses portes fin 2003. (cf en annexe n°3 : Origine des entrées en obstétrique par canton en 2002 – Maternité de Remiremont).



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Quatrième partie :

**Les sorties précoces des nouveau nés et le système
d'hospitalisation à domicile.**

I. Définitions et principes.

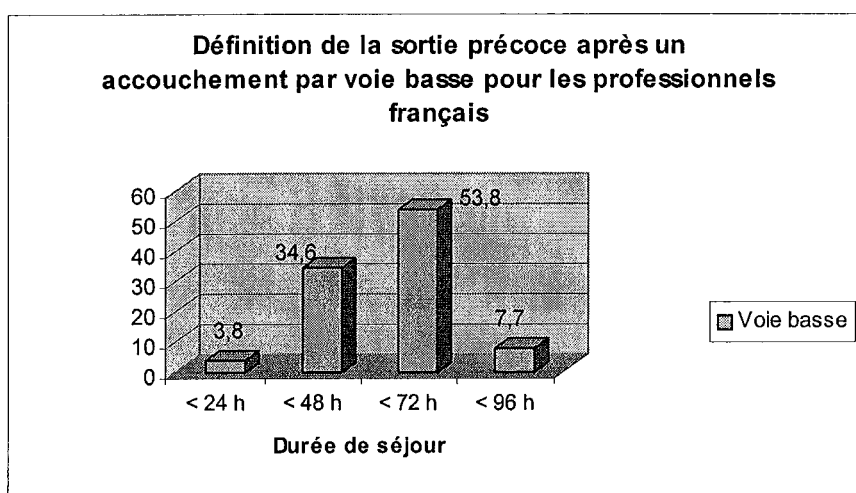
I.1. La sortie précoce.

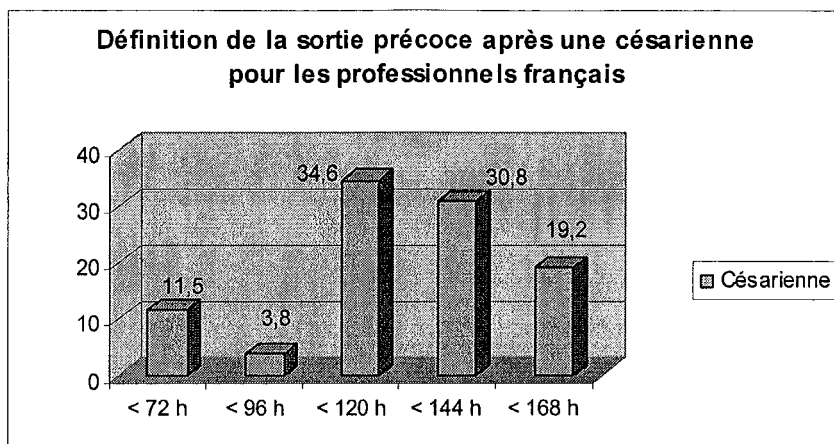
Selon la définition du dictionnaire, précoce signifie que l'évènement se produit plus tôt qu'il n'est d'usage ou que ne l'exigerait la raison.

En fait, il est très difficile d'établir une définition précise de la sortie précoce de maternité car elle varie selon les pays, les maternités et même les professionnels de santé.

La plupart des articles scientifiques définissent une sortie comme précoce lorsqu'elle survient avant la 48^{ème} heure de vie de l'enfant s'il est né sans problème et par voie basse. Mais cette définition reflète essentiellement la prédominance d'études américaines, car elle reprend la définition établie par l'American Academy of Pediatrics, soit 48 heures après un accouchement par voie basse et 96 heures après une césarienne. Ils définissent également la sortie « ultra précoce » avant la 24^{ème} heure.

Cette définition est moins en accord avec l'avis des professionnels français qui, selon l'enquête DELPHI réalisée en 2001, dans le cadre d'un projet sur les disparités interrégionales de l'offre de soins en périnatalité [19], estiment plutôt la sortie précoce entre 48 et 72 heures de post partum après un accouchement voie basse et 120 – 144 heures après une césarienne.





Graphes n°15: Pourcentages d'avis sur la définition de la sortie précoce en fonction du mode d'accouchement pour les professionnels français (26 obstétriciens chefs de services et praticiens hospitaliers) interrogés lors de l'enquête DELPHI sur la périnatalité (2001). [19]

Mais quelles que soient les valeurs définies, ces données sont insuffisantes car elles ne nous indiquent pas comment sont pris en charge les enfants à la sortie de la maternité. Là où les durées de séjour sont les plus courtes, notamment dans les pays nordiques, de nombreux réseaux sont organisés pour poursuivre la surveillance et l'apport des soins nécessaires aux nouveau-nés.

En France, des établissements ont instauré différents modes de suivi qu'il faut analyser parallèlement à la durée de séjour. Dans ce sens, nous allons étudier le système d'Hospitalisation à domicile mis en place par les communes et hôpitaux de Remiremont et de Gérardmer dans les Vosges.

I.2. L'hospitalisation à domicile (=HAD).

Depuis plusieurs dizaines d'années, il existe des services d'hospitalisation à domicile au niveau de la médecine d'adultes, mais ce n'est que secondairement, dans les années 1980, que s'y est greffée une branche Mère / Enfant. Ce sont Paris et Grenoble qui ont été les pionniers dans ce domaine.

Ce type de service n'est pas encore bien défini. Le système d'HAD (généraliste) est officialisé en 1961 par la signature d'une première convention entre l'AP/HP (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) et la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Mais il faut attendre la loi du 31 décembre 1970 pour que soit légalisé le principe de l'HAD.

La loi de 1979 autorise, quant à elle, le secteur privé hospitalier à créer des services d'HAD.

Les décrets d'application de ces deux lois ne sont pas parus immédiatement. Ainsi, ce sont des conventions passées avec la sécurité sociale qui définissent les conditions d'admissions et de fonctionnement de cette HAD.

Ce n'est que par les décrets du 2 octobre 1992 que le flou juridique est comblé. Ils reconnaissent officiellement l'HAD et en précisent les conditions de fonctionnement. Ces décrets stipulent également que toute création de place en HAD doit s'accompagner de la fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet. C'est sans aucun doute une des raisons majeures qui expliquent qu'ils n'aient eu qu'un impact modéré sur la création de lits en HAD.

Une circulaire définissant l'Hospitalisation à Domicile du secteur adulte est sortie en 2000 (Circulaire DHOS/O/ n° 2000-295 du 30 mai 2000), mais il a fallu attendre le 4 février 2004 pour que soit publiée une circulaire concernant l'HAD en périnatalité : Circulaire DHOS/O/ n° 44 : Missions et modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général (I) en périnatalité (II) en pédiatrie (III) et en psychiatrie (IV). Le texte de la partie II relative à l'HAD en périnatalité figure en annexe.

Le service consiste en un suivi à domicile de la mère et de son enfant, avec des soins adaptés à chacun tels qu'ils seraient prodigués à l'hôpital. La prise en charge financière incombe à la sécurité sociale.

Aujourd'hui, de nombreuses maternités en France ont instauré un système de sorties précoces en post partum mais pas toujours dans le cadre d'hospitalisation à domicile.

En Lorraine, nous comptons 3 services de suites de couches en HAD (5 places à Gérardmer depuis 1992, 2 places à Bitche depuis 1999 et 5 places au CHR de Metz - Thionville sur le site de Thionville depuis 2001).

Les modalités sont très variables, mais les finalités sont les mêmes : permettre un retour plus rapide de la jeune mère et de son enfant à la maison, mais aussi diminuer les frais d'un séjour hospitalier trop long et libérer les lits pour d'autres parturientes.

II. Etats des lieux en 2002 des sorties précoces.

II.1. Les structures :

- En 2002, le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108, contre 68 en 1999. Cela correspond à une hausse de 58% en 3 ans.
- La part du secteur public (dont les établissements PSPH) reste stable entre 1999 et 2002 (passage de 66 à 67%).
- Deux régions concentrent un nombre important de sites ; il s'agit de l'Ile de France (12) et la région Provence Alpes Côte d'Azur (13).

II.2. La répartition sur le territoire :

En 1999, le développement des structures d'HAD était surtout urbain avec une répartition très inégale sur le territoire car 52 départements n'en possédaient pas.

En 2002, la couverture géographique n'est pas encore homogène, car il reste 33 départements qui ne disposent d'aucune place d'HAD, cependant, les structures nouvellement créées sont situées majoritairement dans les zones moins urbanisées, ce qui témoigne d'un certain rééquilibrage territorial.

II.3. En terme de places d'HAD.

	Places autorisées		Places installées			
	1999	2002	1999		2002	
Publiques + PSPH	1681	2352	1616	96%	2037	87%
Privées	2227	2387	2216	99%	2169	91%
Total	3908	4739	3832	98%	4206	89%

Tableau n°16 : Places en HAD périnatalité, autorisées et installées en 1999 et 2002. Source : INSEE.

Le taux de places installées a diminué entre 1999 et 2002, car le nombre d'autorisations a largement augmenté (+ 21%) et l'installation n'a pas totalement suivi. Nous pouvons noter, au regard de ces chiffres, que les agences régionales d'hospitalisation se tournent vers ce mode d'hospitalisation qui semble moins onéreux et offre un confort particulier aux jeunes mères.

III. Approche par 2 exemples : Paris et Grenoble.

III.1. L'A.P./H.P. (Assistance Publique / Hôpitaux de Paris).

L'HAD en obstétrique débute en 1978 à l'AP/HP, plus particulièrement à l'hôpital Tenon. Elle est assurée par 7 sages-femmes salariées de l'AP/HP et un réseau de praticiennes libérales. D'autres intervenants participent à la mise en place de ces sorties précoces avec suivi : les obstétriciens, les aides-soignantes, les laboratoires...

Les pré et post-partum sont pris en charge au sein de cette unité

Une étude au niveau de l'hôpital Rothschild (qui utilise l'HAD depuis 1987) redéfinit les avantages que l'on peut attendre de ce type de prise en charge :

- Sur 1 800 accouchements par an, 50% reçoivent une proposition d'HAD qui se concrétisent dans 25% des cas, soit 12% du total de naissances.
- Sortie à J3 des femmes et de leurs enfants, après le test de Guthrie, et la sage-femme effectue un minimum de 4 visites dans les 12 jours qui suivent la naissance. Ce suivi est prolongé en cas de besoin. Pour les césariennes, le jour de sortie en HAD est défini à J4 ou J5.
- La sage-femme surveillante du service d'HAD exige de la part de l'équipe de maternité une grande vigilance car tout problème contre indiquant une sortie en HAD doit être découvert dès les premières heures ou jours, et notamment les dysfonctionnements éventuels de la relation mère-enfant, ce qui n'est pas toujours évident.
- En contre partie, la libération des lits permet de garder un peu plus longtemps les enfants qui posent problème (mère plus fatiguées, relation mère-enfant plus difficile à installer...)
- Si la moindre pathologie apparaît, la mère et l'enfant sont réhospitalisés. De 1987 à 1996, moins de 10 enfants sont revenus pour ictère du nouveau-né et quelques mères pour infection urinaire.

- Dans cet hôpital, les primipares ont autant recours à l'HAD que les multipares.
- Sur le plan financier, la coordonnatrice de l'HAD de l'AP/HP note l'écart entre le prix de journée en obstétrique en HAD (570 Frs en 2000) et en hospitalisation classique (4000 Frs en 2000). De plus, l'HAD doit être considérée comme une source potentielle d'emplois de proximité.

III.2. Le service d'HAD en suites de couches de Grenoble.

*** La création du service.**

L'HAD de Grenoble est un service d'hospitalisation à domicile généraliste qui comporte aujourd'hui 3 secteurs :

- Un secteur adulte (58 places)
- Un secteur maternité (14 places)
- Un secteur pédiatrie (8 places).

Cette structure a vu le jour en 1969 pour la médecine adulte, mais ce n'est qu'en 1983 que la branche maternité y a été rattachée.

La première sage-femme embauchée uniquement dans le cadre de l'HAD est arrivée en 1985.

L'HAD Maternité a été créée sous l'impulsion des obstétriciens du CHU afin de faire sortir les femmes en suites de couches de façon précoce à J3-J4. La création de cette unité devait permettre une meilleure rotation au niveau des services hospitaliers, et dès le départ, un partenariat a été établi avec une clinique PSPH de l'agglomération grenobloise.

Dans le cadre de cette HAD, les suites de couches devaient être normales, sans pathologie sous-jacente ou facteur de risque particulier ; et le couple mère - enfant restait en HAD jusqu'à l'examen du 8^{ème} jour de l'enfant.

*** Le fonctionnement.**

Les admissions en HAD s'effectuent 7 jours / 7.

En cas d'urgence, en dehors des horaires de fonctionnement du secteur d'HAD qui fonctionne de 8h à 18h sauf le dimanche, avec des soins programmés de 7h30 à 22H tous les jours, le relais est pris par le SAMU, Centre 15 : chaque patiente y a son dossier informatisé et une réponse peut donc être donnée 24 heures / 24.

Les sages-femmes participent au staff hebdomadaire du Département de Gynécologie / Obstétrique, ce qui permet de transmettre des informations de la ville vers l'hôpital et inversement.

En plus des soins auprès des patientes, les sages-femmes assurent un important travail de coordination : transmissions de résultats biologiques, de résultats de consultations, appels aux médecins spécialistes participant au suivi, gestion de la pharmacie en lien avec les pharmaciens du CHU (les médicaments prescrits en HAD sont apportés au domicile des patientes par les sages-femmes).

Des aides ménagères et travailleuses familiales peuvent être proposées pour soutenir la jeune mère.

Les secrétaires s'occupent de l'organisation des transports.

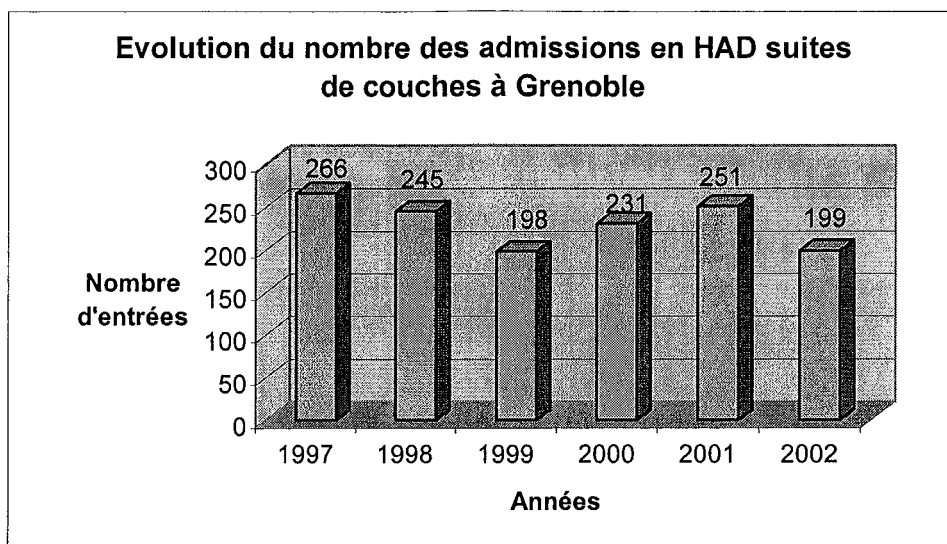
Un suivi social est réalisé en lien avec les assistantes sociales de l'HAD (mise en place de travailleuses familiales, d'aide aux familles, d'aides financières...)

Les relais d'HAD, lorsqu'ils sont nécessaires, se font avec les sages-femmes de PMI ou les sages-femmes libérales en fonction du contexte.

*** L'évolution.**

Après une adaptation des mentalités sur ce nouveau type de prise en charge, l'HAD en suites de couches à Grenoble a connu une ascension régulière du nombre de ses admissions pendant 5 ans.

Mais dès 1988, la diminution a été sensible ; phénomène compréhensible quand on constate parallèlement une diminution des durées de séjours en suites de couches « classiques ».



Graphique n°17 : Activité de l'HAD de Grenoble. Sources: Service HAD Grenoble.

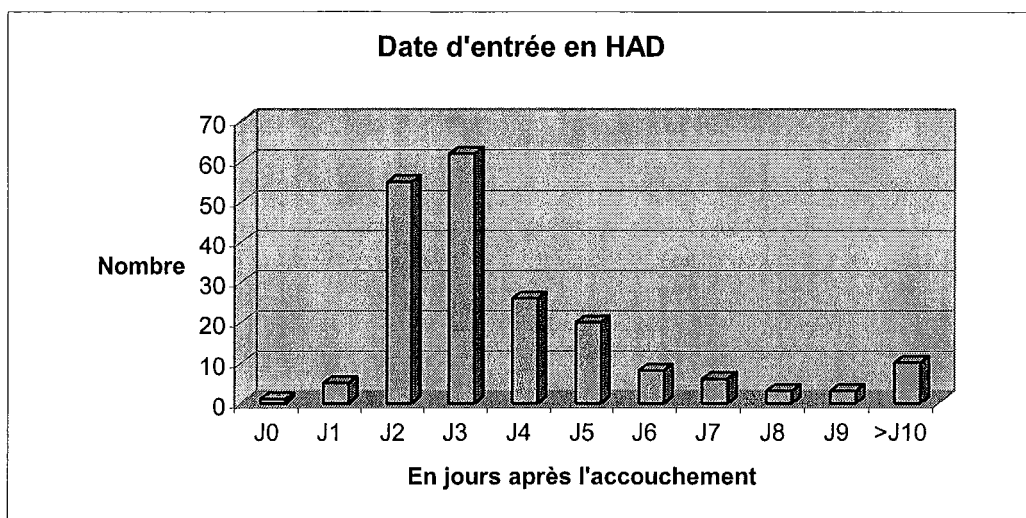
Le graphique n°17 sur les derniers chiffres d'activité de Grenoble objective cette baisse des admissions en HAD suites de couches. On remarque toutefois une hausse pour les années 2000 - 2001, correspondant au « Baby boom » du changement de siècle.

Cette décroissance des effectifs est également liée à une augmentation du nombre de suivis de grossesses et de suites de couches pathologiques par les mêmes sages-femmes. Ainsi, les rôles de l'HAD sont redéfinis et élargis aux suivis pathologiques des grossesses ou même des nouveau-nés (par exemple les enfants de petit poids) car ceux-ci nécessitent une médicalisation croissante compte tenu du développement des capacités de la médecine en obstétrique et en pédiatrie.

Ainsi, la répartition des motifs d'admission en HAD est variable. Pour l'année 2002, les 199 entrées se classent de la sorte :

- 126 suites de couches normales
- 20 suites de couches pathologiques
- 40 césariennes
- 11 césariennes pathologiques
- 3 suivis de bébé seul.

Cela influence le jour de la prise en charge:



Date d'entrée (J0=jour de l'accouchement)	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	>J10	Total
Nombre	1	5	55	62	26	20	8	6	3	3	10	199
Pourcentage	0,51	2,52	27,61	31,16	13,07	10,06	4,03	3,01	1,50	1,50	5,02	100

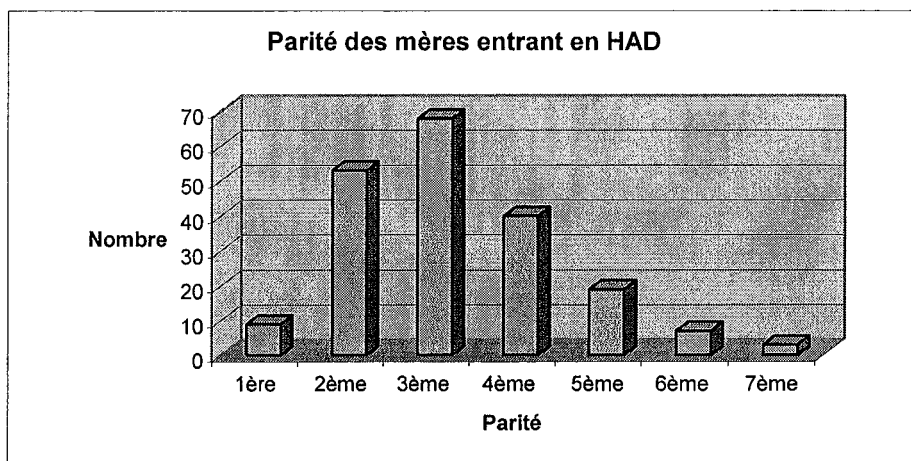
Tableau et graphe n°18 : Répartition des jours d'entrée en HAD suite à un accouchement à Grenoble.

On constate que la majeure partie des mères sortent de la maternité à J2 ou J3 ; ces sorties correspondent aux couples mère/enfant sans problème particulier. Les sorties plus tardives (J4 à J10 et plus) concernent les couples nécessitant une surveillance plus importante pour un petit poids ou une légère prématurité par exemple. Ils justifient un séjour hospitalier un peu plus long afin de vérifier la bonne adaptation de l'enfant. C'est vers ce créneau de petite pathologie que s'oriente donc le service d'HAD de Grenoble, car les séjours dits « classiques » sont de plus en plus courts et font de moins en moins appel à la poursuite d'un suivi à domicile.

A noter que la durée moyenne de séjour en suites de couches dans le service d'HAD est de 5,2 jours. Il faut bien relativiser la durée du suivi en fonction des problèmes rencontrés (3 à 4 jours si il n'y a pas de souci particulier, et plus dans le cadre d'une surveillance plus spécifique...)

*** La population concernée.**

Les patientes intéressées par ce système d'HAD sont plus facilement des multipares, car il existe une angoisse plus importante pour un premier enfant et les jeunes mères souhaitent rester à la maternité pour profiter d'un personnel disponible 24h / 24 et de conseils immédiats.



Graphe n° 19: Parité des mères sortant en HAD à Grenoble.

De plus, les femmes autorisées à sortir en HAD sont celles pour lesquelles ne sont pas survenues de complications médicales particulières pour elles-mêmes ou pour leurs enfants.

*** Les modalités de sortie de l'HAD à Grenoble.**

En plus du suivi médical, il existe souvent un contexte psychologique et/ou social difficile qui peut nécessiter une poursuite de la prise en charge en dehors des missions de l'HAD. Ainsi, les sorties du service d'HAD peuvent se faire selon plusieurs modalités réparties comme suit pour l'année 2002 :

- Sortie normale.....	177
- Relais la PMI.....	12
- Relais par les puéricultrices de l'HAD.....	10
- Aggravation, ré hospitalisation.....	0

IV. Les risques des sorties précoces.

Les premiers jours sont une étape essentielle dans l'adaptation d'un enfant à sa nouvelle vie extra-utérine. Cette période s'accompagne de modifications cardio-respiratoires et métaboliques importantes, et c'est une phase charnière dans l'établissement des liens qui vont l'unir à sa mère. Du fait de toutes ces transformations dans la vie de chacun, mères et enfants sont très vulnérables ; une surveillance clinique attentive est nécessaire pour prévenir et dépister les difficultés de tout ordre (somatiques ou psychologiques).

Cette surveillance est habituellement réalisée durant les 5 jours de maternité pour une hospitalisation classique. En supprimant cette période d'observation privilégiée de l'enfant, la sortie précoce crée une situation qui doit modifier le concept global de surveillance et d'accompagnement du nouveau-né dans le but de prévenir tout risque de pathologie ou d'anomalie relationnelle.

La littérature nous montre en effet la réapparition d'ictères graves et de ses conséquences neurologiques sévères aux Etats-Unis suite à la multiplication des sorties précoces sans surveillance ultérieure [20], [21]. En France, ce type de pathologie ne se voit quasiment plus. Le suivi du taux de bilirubine permet de prévenir les ictères et la photothérapie est un traitement efficace et facile. Cependant, afin de ne pas connaître le même dérapage qu'outre Atlantique en réduisant la durée de séjour, il est indispensable de suivre le taux de bilirubine à l'hôpital comme à domicile dès la moindre suspicion de la maladie (bilicheck ou taux sanguin en fonction des cas).

Les ictères dus à une incompatibilité rhésus sont moins fréquents aujourd'hui car les injections préventives de gammaglobulines pour les mères rhésus négatif sont devenues systématiques. Par contre les autres sous groupes d'ictère augmentent (ictère du à un déficit en G6PD et les ictères au lait maternel).

Avant d'autoriser une sortie précoce, il existe des situations à risque qu'il faut savoir dépister : la prématurité, une hypoxie initiale, une hémolyse, une hypotrophie...

La réalisation d'une bilirubinémie précoce à 24 heures de vie a été évoquée, permettant de situer les enfants dans des groupes à risque ou non à risque (si le taux est inférieur à 85 ou 100 micromoles, une sortie précoce serait envisageable : risque d'ictère très faible ; si le taux est supérieur, il faudrait poursuivre la surveillance) mais cette mesure n'a pas encore été validée et sous entend un prélèvement sanguin à tous les nouveau-nés dont les mères veulent sortir précocement.

La non observation de l'évolution clinique de l'enfant expose également à méconnaître des pathologies cardiaques, respiratoires ou gastro-intestinales [22, 23]. Les cardiopathies sévères, avec cyanose ou hypoxie sont reconnues dès la naissance. Par contre, une coarctation de l'aorte qui se constitue en plusieurs jours peut entraîner une défaillance cardiaque soudaine secondaire. De même, une communication inter ventriculaire peut se révéler tardivement à la faveur de la baisse des résistances vasculaires pulmonaires.

Des problèmes nutritionnels et d'allaitement peuvent également devenir rapidement dangereux pour un enfant qui n'a pas de suivi adapté ; ainsi des cas de déshydratation grave ont été décrits. En parallèle, si un allaitement a mal démarré et qu'il n'y a pas de personnel compétent pour le recadrer et redonner confiance à la maman, elle va rapidement passer à un allaitement artificiel au détriment de son enfant.

Selon le même principe, les sorties précoces font que certaines infections acquises au cours ou au décours de la naissance se révèlent à domicile. Trois types d'infections materno-foetales sont spécifiques à cet âge ; elles sont dues à *Chlamydia trachomatis*, herpès virus et aux bactéries des infections primitives tardives (*Escherichia Coli*, *Streptocoque B...*).

Pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, la contamination survient au moment de la naissance par les sécrétions vaginales infectées. Le début de la maladie se traduit habituellement par une conjonctivite initiale uni- ou bilatérale qui guérit en 3 à 8 jours. Secondairement survient une atteinte respiratoire avec polypnée signant une pneumopathie à traiter rapidement par antibiotique.

Les autres infections bactériennes ont des localisations variées (otite, pyélonéphrite, méningite, septicémie, ostéoarthrite...) pour lesquelles la fièvre n'est pas constante ; ce qui rend le diagnostic plus difficile. La plus redoutée est la localisation méningée dont le germe responsable est le plus souvent l'*Escherichia Coli* (88%).

Les infections urinaires sont fréquentes et peuvent être très précoces (dès le premier jour de vie). Elles sont révélées 8 fois sur 10 par de la fièvre. Il existe une forte prédominance masculine (90%) et un risque de dissémination méningé important (6%).

Au niveau viral, les infections herpétiques sont les plus fréquentes: 90% des herpès néonataux sont acquis au cours de la naissance. Les premières manifestations débutent en moyenne à J5 - J6 dans les formes localisées (peau, œil, bouche) et les formes systémiques disséminées, et à J9 - J12 pour les formes neurologiques. Le diagnostic est difficile et seule la

présence de vésicule(s) cutanée(s) est évocatrice, mais elles ne sont retrouvées que dans un quart des cas.

Le diagnostic d'infection materno-fœtale n'est donc pas aisé. Il faut le suspecter en cas de fièvre maternelle pendant le travail, de rupture prématurée des membranes avant la naissance, d'une souffrance fœtale sine materia, d'un liquide amniotique teinté ou d'un accouchement prématuré inexpliqué. Les signes cliniques de cette infection chez le nouveau-né sont variés : troubles de la thermorégulation (fièvre ou hypothermie), temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes, troubles respiratoires ou hémodynamiques, troubles du rythme cardiaque (brady- ou tachycardie), somnolence ou hépatosplénomégalie.

Pour envisager une sortie en toute sécurité, même avec un examen clinique normal, il paraît donc indispensable d'avoir récupéré les résultats des cultures (placenta, liquide d'aspiration) obtenus en 48 heures et ceux des prélèvements sanguins qui ont pu être demandés (NF, PCR).

Cette limite des 48 heures avant laquelle une sortie semble difficile est même compromise par les tests systématiques de dépistage. En effet, au cours du séjour à la maternité est réalisé le test de « Guthrie » comprenant le dépistage de la phénylcétonurie (obligatoire depuis 1967), de l'hypothyroïdie (1978) et de l'hyperplasie congénitale des surrénales (1995). Hors, pour être fiables, ces prélèvements ne peuvent être réalisés avant la soixantième heure, c'est-à-dire dans le courant du 3^{ème} jour de l'enfant. Ce système de dépistage est excellent aujourd'hui ; très peu d'enfants passent à travers les mailles du filet ; il est donc souhaitable que les sorties ne se fassent pas avant le 3^{ème} jour pour ne pas augmenter le risque de non réalisation de ces tests. Les dépistages de la drépanocytose et de la mucoviscidose, réalisés dans le même temps auprès des nouveau-nés considérés à risque, sont également concernés par ce bémol envers une sortie trop précoce.

Enfin, il ne faut pas oublier le côté relationnel. Les premiers jours de vie en maternité (surtout à une époque où les jeunes mères n'ont souvent jamais eu de contact avec un nourrisson et n'ont aucune expérience des soins à donner) est le cadre d'un enseignement, d'une éducation à la santé, aux soins et à l'alimentation du nouveau-né. La jeune mère y apprend à connaître son enfant et tous deux « s'appriivoisent ».

Ce processus de « maternalité » est incontournable et doit se faire dans les meilleures conditions de soutien possible, car l'interaction qui va lier ces deux êtres repose énormément sur la confiance que ressent la mère dans son aptitude à prendre en charge son enfant. Là

encore, un suivi adapté semble indispensable si on ne veut pas voir surgir ultérieurement de nombreux problèmes relationnels mère – enfant.

La famille doit également être préparée à l'accueil de ce nouveau membre. L'environnement familial est capital dans la réussite d'un retour précoce à domicile et toutes les conditions de sécurité doivent être remplies. La précarité est alors un des problèmes les plus difficiles à gérer. Il faut se méfier notamment des populations à faibles revenus, car elles sont très demandeuses et souvent responsables des sorties précoces « sauvages ». Elles considèrent souvent le recours aux services de PMI comme une obligation et présentent le risque d'échapper à toute surveillance.

C'est donc au clinicien, en coordination avec l'équipe paramédicale, de discerner les populations pour lesquelles une sortie précoce est adaptée et celles pour lesquelles il existe un risque médical, psychosocial ou familial de décompensation [24].



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Cinquième partie :

Application à Gérardmer.

I. La maternité de Gérardmer et la naissance du service d'hospitalisation à domicile.

I.1. Historique de la maternité et création du service.

Sources : Direction de l'hôpital de Gérardmer.

Gérardmer est une ville d'environ 8 800 habitants, située au Nord Est de Remiremont, à une trentaine de kilomètres.

Son centre hospitalier a été fondé en différentes étapes. Tout d'abord, il s'agissait d'un hospice créé par les Etablissements «Garnier – Thiébaut » et offert à la ville de Gérardmer en 1911 ; donation dont le but était de soulager les indigents et les personnes âgées.

Une ferme agricole, d'une assez grande importance pour l'époque, permettait d'occuper les pensionnaires à des travaux divers et assurait la subsistance des occupants.

C'est le 15 janvier 1912 que le Président de la République a officialisé, par décret, cet établissement.

Après le premier conflit mondial, compte tenu de l'évolution démographique de Gérardmer qui allait croissante, le Conseil Municipal a alors décidé la construction d'un hôpital général dont la première pierre fut posée le 15 octobre 1932. Grâce à un prêt du Crédit Foncier de France et des dons substantiels du PMU, le nouvel hôpital a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 1936. Il comportait alors toutes les disciplines (médecine, chirurgie, maternité et hospice).

Malheureusement, le démarrage a été perturbé par la seconde guerre mondiale. L'établissement a été tour à tour occupé par des troupes françaises, allemandes et alliées. L'hôpital n'a pas été sinistré pendant les combats, mais les installations techniques et sanitaires ont énormément souffert de ces différents passages.

Immédiatement après la libération, les services médicaux ont repris un fonctionnement quasi-normal grâce notamment à la Croix Rouge française et américaine.

L'administration hospitalière ayant pris corps particulièrement sur l'application des ordonnances de 1950, les personnels de direction, d'encadrement et d'exécution ont été mis en place au fur et à mesure des possibilités financières.

Une communauté religieuse hospitalière, congrégation de Saint Charles, existait toujours ; elle ne fut supprimée qu'en octobre 1973.

Dès 1975, la maternité qui existait depuis 1936, a connu plusieurs périodes limites dans son activité, et a déjà été menacée de fermeture en 1978 et 1985 après le départ d'un médecin.

Evolution du nombre d'accouchements à Gérardmer

Année	Nombre d'accouchements	Année	Nombre d'accouchements
1971	251	1981	212
1972	291	1982	232
1973	302	1983	202
1974	291	1984	189
1975	225	1985	207
1976	186	1986	205
1977	187	1987	197
1978	148	1988	151
1979	160	1989	163
1980	183	1990	144

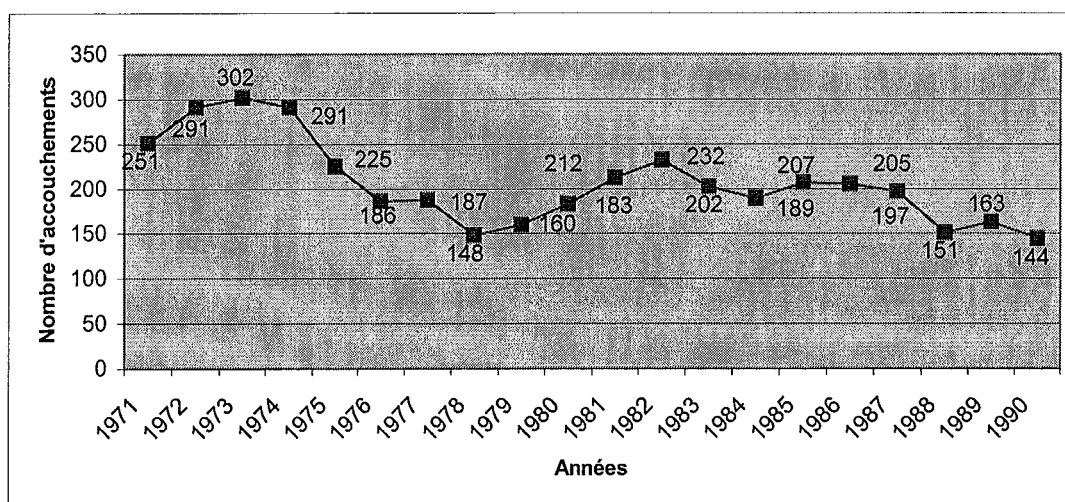


Tableau et graphe n° 20: Evolution du nombre d'accouchements à Gérardmer au fil du temps.

En 1990, une réunion s'est déroulée entre les responsables de la maternité et les responsables de la DDASS pour envisager une restructuration suite à la circulaire visant à

fermer les établissements réalisant moins de 300 accouchements par an. En effet, au cours de l'année 1990, seulement 144 enfants ont vu le jour à la maternité de Gérardmer.

A cette époque, 3 solutions sont alors proposées :

- Les femmes vont accoucher à Remiremont et sont ensuite transférées pour les suites de couches à Gérardmer.
- Ouverture d'un service d'HAD en collaboration avec l'hôpital de Remiremont.
- Fermeture simple sans solution de remplacement.

De septembre à novembre 1990, il y a une forte mobilisation locale en faveur du maintien de la maternité dans la localité, mais le départ en décembre 1990 du Docteur C. Léonard, alors chef de service de la maternité, précipite encore les choses et la maternité ferme ses portes en janvier 1991.

C'est la deuxième solution des 3 exposées précédemment qui a retenu l'attention des instances de la DDASS au printemps 1991. Cette alternative à la fermeture de la maternité de Gérardmer sera organisée afin de permettre une ouverture de l'HAD au cours du printemps 1992. Ainsi, 5 lits d'hospitalisation à domicile sont ouverts sur une région géographique bien définie, et 2 postes de sages-femmes y sont affectés.

En juin 1991, les sages-femmes de Gérardmer font un stage de 3 jours à Grenoble auprès de sages-femmes hospitalières qui font de l'HAD, et pendant toute la durée de l'élaboration du service, elles effectuent des gardes à la maternité de Remiremont.

Après de nombreuses réunions, la convention pour le service d'HAD (en pré et post-partum) entre l'hôpital de Gérardmer et celui de Remiremont est signée par les différentes parties en fin d'année 1991.

Début 1992, la réfection des locaux de l'ancienne maternité est débutée pour créer une salle de cours de préparation à l'accouchement, une salle d'examen et une salle de détente. De plus, le financement de divers investissements pour ce nouveau service est accepté (radiotéléphone, voiture, cardiotocographe portable...)

En février 1992, le public est informé de la création de ce service par les médias locaux et par les médecins traitants qui ont été au préalable informés par les sages-femmes.

Le service ouvre officiellement ses portes le 2 mars 1992.

I.2. Objectifs de l'HAD.

L'objectif de ce service est de raccourcir l'hospitalisation des mères et des enfants après une naissance, en offrant, au domicile, des conditions de qualité et de sécurité de soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète.

Les textes officiels.

La convention est établie entre les deux directeurs d'hôpitaux de Gérardmer et de Remiremont après accord des organismes consultatifs et délibération de l'assemblée de chaque établissement, soient les Comités Techniques paritaires, les Commissions Médicales d'Etablissements (CME) et les Conseils d'Administration (CA).

Elle a été appliquée après approbation de Monsieur le Préfet du département. Le texte de cette convention figure en annexe n°6.

I.3. Définition du secteur géographique.

Par accord au moment de la convention, ce service regroupe dans, son secteur, différentes communes ; ainsi s'y trouvent :

- Canton de Gérardmer : Gérardmer, Xonrupt – Longemer, Liezey.
- Canton de Fraize : Fraize, Plainfaing, Saint Léonard, Ban sur Meurthe, Clefcy
- Canton de Saulxures sur Moselotte : Saulxures sur Moselotte , La Bresse, Cornimont, Vagney, Basse sur le Rupt, Rochesson, Sapois, Thiefosse, Gerbamont, Ventron.
- Canton de Corcieux : Corcieux, Granges sur Vologne, La Houssière, Gerbéal, Aumontzey, La Chapelle devant Bruyères, Arrentès de Corcieux, Jussarupt, Barbey Seroux, Vienville, Herpelmont.
- Canton de Remiremont : Saint Etienne les Remiremont, Saint Amé, Le Syndicat, Dommartin Les Remiremont, Le Tholy, La Forge, Cleurie, Raon aux Bois, Vecoux.

La carte du secteur couvert par l'HAD de Gérardmer se trouve en annexe n°5.

I.4. Moyens engagés et actions.

*** Le personnel du service d'HAD.**

Différentes catégories de personnes sont concernées par ce type d'hospitalisation.

Il y a tout d'abord les sages-femmes qui assurent l'essentiel du suivi maternel et infantile (aujourd'hui, le service d'HAD de Gérardmer compte 3 sages-femmes à temps plein), mais il y a également les médecins généralistes du secteur qui assurent, avec leur accord, l'examen dit du « 8^{ème} jour » traditionnellement réalisé par le pédiatre à la maternité. Une formation spécifique sur l'examen du nouveau-né leur a été proposée par les pédiatres de l'hôpital de Remiremont lors de l'ouverture de ces lits d'HAD.

De même, il existe une relation étroite entre le service d'HAD en suites de couches et l'ADAPAH (Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées et Handicapées) car cette association met à disposition ses aides ménagère, ce qui permet d'offrir aux accouchées environ 8 heures de soutien et d'aide au moment du retour à domicile.

Enfin, le service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) est également concerné par l'HAD. En effet, les sages-femmes, qui souhaitent qu'un suivi perdure dans certains foyers, contactent ce service pour qu'il prenne le relais en fin d'HAD.

*** Les actions.**

Le travail des sages-femmes de l'HAD se découpe essentiellement en deux parties ; le pré et le post-partum.

Nous allons énumérer rapidement les actions en pré-partum qui nous concernent moins dans ce sujet sur la prise en charge des nouveau-nés en post-natal.

Ainsi, elles organisent des cours de préparation à l'accouchement, font des consultations de grossesses non à risque, pratiquent des enregistrements des rythmes cardiaques fœtaux dans le service (ou au domicile des patientes en cas de nécessité, notamment pour la surveillance des menaces d'accouchement prématuré (MAP) en sortie d'hospitalisation, pour le contrôle d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU)...

Ce système permet d'éviter des trajets longs, fatigants et déconseillés aux mères en MAP (Menace d'Accouchement Prématuré) ou avec une HTA (hypertension artérielle), prémices des néphropathies gravidiques, mais dont la surveillance doit être régulière.

Pour les suites de couches, le travail des sages-femmes consiste à rendre visite quotidiennement ou bi quotidiennement aux jeunes mères et à leur enfant, pour aider et éduquer les parents aux soins à apporter à un nouveau-né, vérifier sa bonne adaptation et son état physique, et réaliser le suivi post-natal de la mère. Voici les actions qu'elles réalisent chaque jour : prise de la température, observation du comportement de l'enfant, pesée, soins du cordon, bain (fait par la sage-femme le 1er jour puis par la mère les jours suivants), contrôle du taux de bilirubine par bilichex si nécessaire...

Le service prête aux familles une balance et leur fournit couches, cotons, lait, traitements et produits qui sont habituellement donnés à la maternité (éosine, sérum physiologique...).

*** Le fonctionnement.**

Les sages-femmes téléphonent chaque jour à la maternité de Remiremont pour savoir si de nouvelles accouchées du secteur sont intéressées par l'HAD, c'est-à-dire une sortie au 3^{ème} jour de vie de l'enfant s'il n'existe pas de contre-indication médicale maternelle ou pédiatrique. Si des mères ont émis le désir d'entrer dans ce processus, les sages-femmes de l'HAD réalisent un « signalement », c'est-à-dire qu'elles constituent un dossier d'inscription (très souvent, elles n'ont pas rencontré les mères avant l'accouchement).

Le bébé est alors examiné chaque matin par un pédiatre pendant son séjour à la maternité et il sort à J3.

A ce moment là, les sages-femmes contactent l'ADAPAH si la jeune mère veut bénéficier des heures d'aide-ménagère qui lui sont proposées (2 heures par jour pendant 4 jours), et le médecin traitant de la famille pour programmer l'examen du « 8^{ème} jour ».

Après la sortie, les sages-femmes assurent alors, durant 4 jours en général, une ou deux visites quotidiennes pour le suivi de la mère et du bébé. Elles complètent le dossier d'HAD et les feuilles de surveillance (température, poids...) commencés lors du séjour à la maternité (dossier qui suit la patiente et retrace tous les éléments importants).

Il existe une liaison téléphonique pour les urgences. Elle est établie avec les sages-femmes de l'HAD aux heures ouvrables et avec le service d'obstétrique de Remiremont en dehors de ces heures.

En cas de besoin les transports sanitaires sont pris en charge.

Au septième jour après la naissance, les sages-femmes réalisent l'examen de sortie de la mère, tandis que celui du bébé est fait par le médecin traitant.

S'il n'existe pas d'éléments contre-indiquant l'arrêt du suivi, le couple mère - enfant sort alors du service d'HAD. Si elle le juge nécessaire, la sage-femme peut appeler la PMI pour poursuivre la surveillance (petit poids de l'enfant, problème social...).

II. Evolution du service.

II.1. Tableau de données.

Année	1992	1993	1994	1995	1996	1997
HAD en suites de couches	56	75	74	75	65	56
% d'accouch. du secteur		21%	22,60%	21%	20,60%	16,90%
Primipares (nbre/%)	4 / 7,1%	16 / 21,3%	12 / 16,2%	16 / 21,3%	12 / 18,5%	8 / 14,3%
Ré-hospitalisation de l'enfant	1 phototh.	0	2 phototh.	2 phototh.	1 RGO	0
Consultation de pédiatrie	0	0	0	1	0	0
Aide-ménagère	27 / 48,2%	42 / 56%	45 / 60,8%	45 / 60%	26 / 35,4%	32 / 57,1%

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HAD en suites de couches	84	59	64	73	52	68	63
% d'accouch. du secteur	22%	16,30%	18,20%	23,90%	16,70%	22,10%	22%
Primipares (nbre/%)	7 / 8,3%	24 / 40,7%	10 / 15,6%	11 / 15%	5 / 8%	8 / 12%	10 / 16%
Ré-hospitalisation de l'enfant	0	phototh+ hypoth	0	0	0	0	0
Cslt° de pédiatrie	0	0	0	0	0	0	0
Aide-ménagère	41 / 48,8%	29 / 49,1%	27 / 41,5%	38 / 52%	18 / 34,6%	38 / 52%	26 / 41,3%

Tableau n°21: Evolution de l'activité de l'HAD Gérardmer. 1992 – 2004.

II.2. Analyse.

Le nombre de mères souhaitant l'HAD pour elle et leur enfant est variable d'une année à l'autre. Malgré une activité de ce service depuis 1992, il n'est pas encore très connu au sein de la population et c'est beaucoup le « bouche à oreille » qui permet d'informer les femmes.

Les sages-femmes de l'HAD de Gérardmer regrettent de ne pas rencontrer les futures mères pendant leur grossesse afin de leur présenter le fonctionnement et le principe de ce service. Souvent, les accouchées ne prennent connaissance de cette possibilité qu'après la naissance de l'enfant et n'ont pas réfléchi à cette proposition.

Cependant les sorties en HAD concernent, en moyenne, 20% des accouchées du secteur. C'est un chiffre stable depuis quelques années :

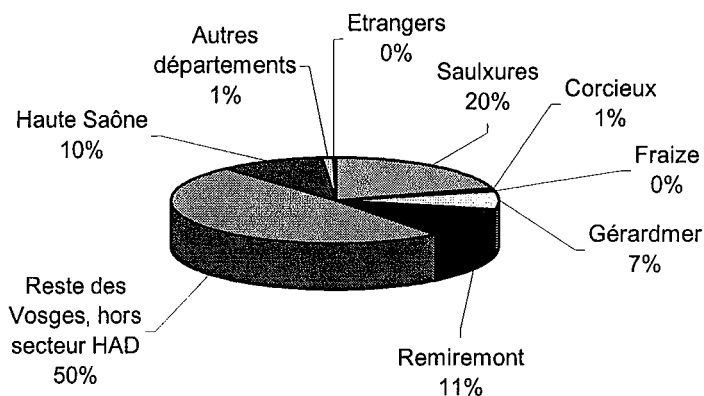
	1999	2000	2001
Canton Saulxures	185	166	153
" Corcieux	11	11	12
" Fraize	0	2	0
" Gérardmer	65	67	61
" Remiremont	101	106	79
Nombre de naissances dans le secteur d'HAD	362	352	305
% des naissances à Remiremont	39,48%	36,86%	35,80%
Canton Remiremont hors HAD	183	216	199
Autres cantons des Vosges	265	273	232
Haute Saône	95	102	98
Autres départements	10	11	18
Etrangers ou ville inconnue	2	1	0
Nombre de naissances hors secteur HAD	555	603	547
% des naissances à Remiremont	60,52%	63,14%	64,20%
Nombre total de naissances à Remiremont	917	955	852
Nombre de mères sorties en HAD	59	64	73
% des accouchements du secteur	16,3%	18,2%	23,9%
% des accouchements de Remiremont	6,4%	6,7%	8,6%

Tableau n°22 : Répartition de l'origine géographique des naissances à Remiremont 1999-2001 .

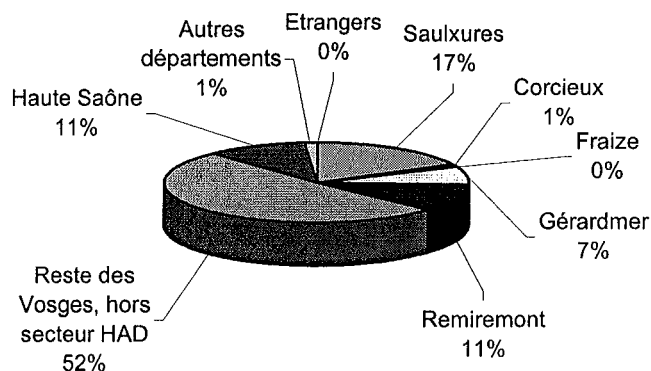
Grâce aux graphiques de cette répartition géographique que vous trouverez à la page suivante, nous nous rendons compte que les répartitions ne varient pas beaucoup sur ces 3 ans. Le taux des mères qui peuvent être concernées par l'HAD de Gérardmer est stable, entre 35 et 40% des accouchements de Remiremont.

Ce sont ces femmes qu'il faut sensibiliser, car seules 20% d'entre elles font effectivement appel à ce service. Encore une fois, ce sont les informations trop tardives sur ce type de sortie qui pénalisent l'HAD.

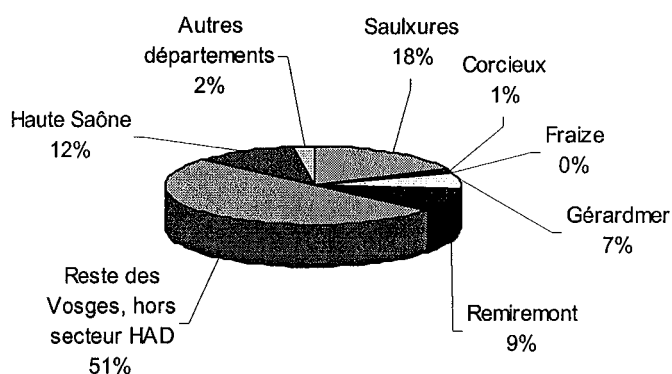
Répartition géographique des mères ayant accouché à Remiremont en 1999



Répartition géographique des mères ayant accouché à Remiremont en 2000



Répartition géographique des mères ayant accouché à Remiremont en 2001



Graphes n° 23: Répartition géographique des mères ayant accouché à Remiremont (1999-2001)

Sources : Registre des naissances à Remiremont et service d'HAD de Gérardmer.



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Sixième partie :

**Evaluation du service d'HAD de Gérardmer.
Etude rétrospective sur 2 ans.**

I. Objectifs de l'étude.

Nous avons souhaité connaître l'impact et le degré de satisfaction des mères qui sont sorties 3 jours après leur accouchement et qui ont bénéficié de ce service d'hospitalisation à domicile pour la prise en charge postnatale.

I.1. Population étudiée.

L'enquête est basée sur 2 années pleines : 2000 et 2001.
Elle concerne 137 couples mère - enfant (64 en 2000 et 73 en 2001) sur 1807 femmes qui ont accouché à Remiremont durant cette période (soit 7,58%) dont 657 venant du secteur couvert par l'HAD de Gérardmer (soit 20,85 %).

I.2. Matériel et méthode.

*** Questionnaire.**

Afin d'étudier certains paramètres des enfants entrés dans l'HAD (terme, poids, type d'allaitement...) et d'évaluer l'impact et le ressenti de ce type de service dans notre région, nous avons élaboré, courant 2001, un questionnaire qui a été adressé à toutes les femmes sorties de la maternité de Remiremont et suivie en HAD par l'équipe de Gérardmer au cours des années 2000 et 2001.

Elles l'ont reçu par courrier à domicile avec enveloppe timbrée incluse dans l'envoi pour espérer un maximum de retour, ou directement donnée à la maternité lors de l'hospitalisation pour l'accouchement avec un retour par les sages-femmes de l'HAD.

Ce questionnaire a reçu l'assentiment du Docteur Henry, gynécologue obstétricien, chef de service de la maternité de Remiremont et chef de service de l'HAD, et également du Docteur Dulucq, chef du service de pédiatrie de Remiremont. Il figure en annexe.

*** Recueil des données.**

La réception des questionnaires s'est faite au niveau du secrétariat de pédiatrie de l'hôpital de Remiremont. Suite au premier envoi, nous avons réceptionné 14 enveloppes portant la mention « N'habite pas à l'adresse indiquée ». Ces 14 personnes ont donc été considérées comme perdues de vue et n'ont pas participé à l'enquête.

Trois mois après le premier envoi, nous avons effectué un envoi de rappel dans les mêmes conditions (avec enveloppe timbrée pour le retour).

Au final, nous avons reçu 100 questionnaires complétés sur les 137 envoyés ou distribués, auxquels nous pouvons retrancher les 14 perdus de vue, soit 123 envois.

Le nombre de questionnaires reçus (=72,99% sur le total ou 81,30% sur les distribués réellement) est donc très satisfaisant.

Tableau de synthèse des questionnaires reçus et envoyés :

	2000	%	2001	%	Les 2 années	%
Envois	64	46,72	73	53,28	137	100
NPAI	8	12,5	6	8,22	14	10,22
Réponses sur tous les envois	46 / 64	71,88	54 / 73	73,97	100 / 137	72,99
Réponses sur les questionnaires effectivement reçus	46 / 56	82,14	54 / 67	80,6	100 / 123	81,3

Tableau n°24 : Synthèse des questionnaires envoyés et reçus pour l'étude HAD Gérardmer, 2000-2001.

Le registre des naissances de la maternité nous a permis de compléter certaines données (date de naissance, sexe, ville d'origine, terme, poids de naissance et parité) des personnes qui n'ont pas répondu afin de réaliser l'étude au plus juste.

II. Les résultats.

Dès réception, les réponses des mères étaient saisies informatiquement dans un tableur afin de pouvoir réaliser les tests statistiques et définir les paramètres des différentes données. Le tableau de résultat était classé par ordre chronologique de naissance des enfants sortis en HAD avec le service de Gérardmer durant les 2 années étudiées (64 en 2000 et 73 en 2001).

III. Analyse et discussion.

III.1. Les villes d'origine des mères.

Analyse de l'origine géographique des mères ayant bénéficié de l'HAD de Gérardmer en 2000 et 2001.									
Villes d'origine et nombre d'habitants	Nombre			%	Villes d'origine et nombre d'habitants	Nombre			%
	2000	2001	Total			2000	2001	Total	
Gérardmer (8 845 h)	11	18	29	21,17	Gerbamont (310 h)	1	2	3	2,19
Vagney (3 793 h)	11	7	18	13,14	Sapois (624 h)	1	1	2	1,46
Saulxures/Moselotte (3 070 h)	7	5	12	8,76	Ventron (979 h)	1	1	2	1,46
Cornimont (3 861 h)	6	6	12	8,76	Champdray (184 h)	0	2	2	1,46
La Bresse (4 928 h)	3	7	10	7,30	Le Tholy (1 556 h)	1	1	2	1,46
Xonrupt-Longemer (1 489 h)	3	4	7	5,11	Cleurie (669 h)	1	0	1	0,73
Saint-Etienne les Rmt (4 057 h)	3	4	7	5,11	Grange/Vologne (2 449 h)	1	0	1	0,73
La Forge (545 h)	3	3	6	4,38	Haut du Tôt	0	1	1	0,73
Saint-Amé (2 012 h)	3	3	6	4,38	Basse/le Rupt (819 h)	1	0	1	0,73
Le Syndicat	3	2	5	3,65	Rehaupal (188 h)	0	1	1	0,73
Rochesson (658 h)	2	2	4	2,92	Thiefosse (602 h)	0	1	1	0,73
Dommartin les Rmt (1 800 h)	1	2	3	2,19	Zainvillers	1	0	1	0,73
Sources: Questionnaire HAD et cahier de naissance, maternité de Remiremont.	64	73	137	100					

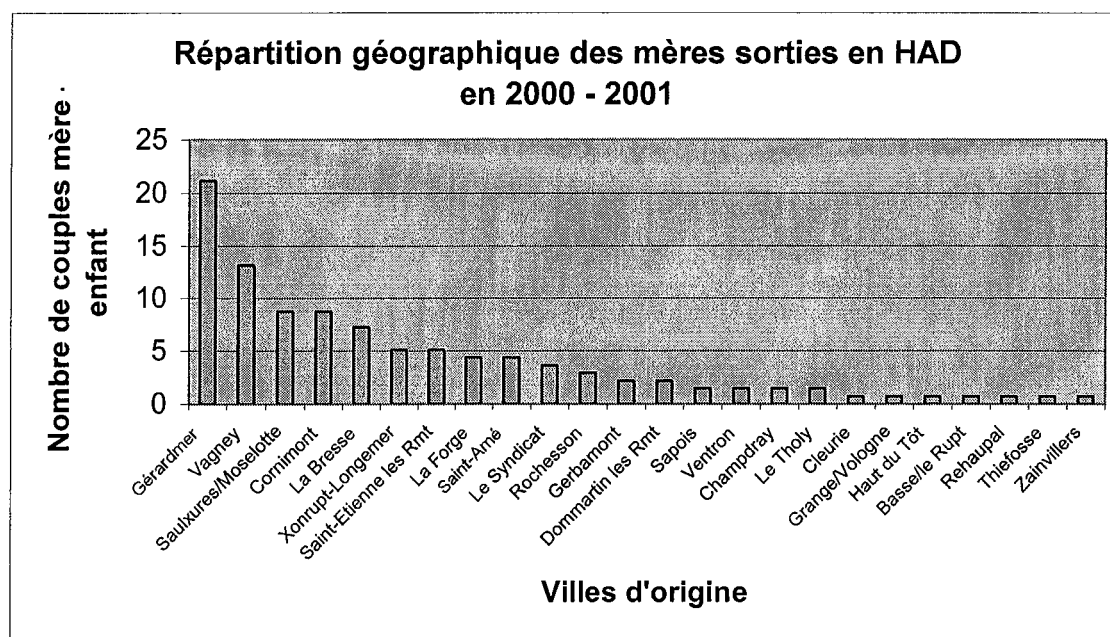


Tableau et graphe n°25: Villes d'origine des mères sorties en HAD en 2000 –2001.

La répartition des mères suit la même tendance que la population générale. Nous retrouvons ainsi en tête de liste les communes de plusieurs milliers d'habitants, notamment Gérardmer qui est au centre du système. C'est dans cette ville que le service est tout naturellement le mieux connu suite à la fermeture de la maternité. Il est tout de même

surprenant que Le Tholy (1 556 habitants et seulement 2 sorties en HAD durant ces 2 années) ne se retrouve qu'au 14^{ème} rang. En effet, c'est une commune proche de Gérardmer et la maternité la plus proche est à Remiremont. C'est différent pour la ville de Granges sur Vologne qui compte 2 449 habitants avec seulement 1 sortie en HAD en 2 ans (soit le 18^{ème} rang) mais qui est plus éloignée de Remiremont ; en fait, de nombreuses femmes de Granges vont accoucher à Saint-Dié et n'apparaissent donc pas dans cette enquête.

Par la suite, nous avons voulu étudier le pourcentage des naissances de chaque commune qui a bénéficié de ce service d'HAD. Cela représente moins des 20% des l'accouchements du secteur pratiqué à Remiremont, car les mères vont également accoucher à Epinal et à Saint-Dié et n'entrent pas dans la convention passée entre la maternité de Remiremont et le Centre périnatal de Gérardmer.

	2000			2001		
	Nouveaux sur la commune	Sortis en HAD avec le service	Pourcentage des naissances	Nouveaux sur la commune	Sortis en HAD avec le service	Pourcentage des naissances
Gérardmer	85	11	12,94	91	18	19,78
Vagney	52	11	21,15	34	7	20,59
Saulxures/Moselotte	13	7	53,85	12	5	41,67
Cornimont	26	6	23,08	20	6	30,00
La Bresse	47	3	6,38	46	7	15,22
Xonrupt-Longemer	18	3	16,67	14	4	28,57
Saint-Etienne les Remiremont	36	3	8,33	21	4	19,05
La Forge	10	3	30,00	11	3	27,27
Saint-Amé	34	3	8,82	32	3	9,38
Le Syndicat	15	3	20,00	14	2	14,29
Rochesson	12	2	16,67	8	2	25,00
Dommartin-les-Remiremont	10	1	10,00	24	2	8,33
Gerbamont		1			2	
Sapois	8	1	12,50	5	1	20,00
Ventron	8	1	12,50	11	1	9,09
Champdray	1	0	0,00	2	2	100,00
Le Tholy	17	1	5,88	14	1	7,14
Cleurie	9	1	11,11	9	0	0,00
Grange/Vologne	35	1	2,86	35	0	0,00
Basse/le Rupt	7	1	14,29	12	0	0,00
Réhaupal	2	0	0,00	1	1	100,00
Thiefosse						
Moyenne			13,05			22,52

Tableau n°26 : Pourcentage des naissances avec sortie en HAD dans chaque ville. 2000-2001.

Nous avons grisé les pourcentages des villes où plus de 25% des enfants de l'année étaient sortis en HAD. En dehors des 100% représentés par les seuls enfants nés dans les villes de Champdray (2) et Réhaupal (1) qui sont sortis en HAD, nous pouvons constater que le taux le plus important est celui de Saulxures-sur-Moselotte et non celui de Gérardmer. L'activité du service se répand dans les vallées vosgiennes et ne reste pas exclusivement dans le bassin de Gérardmer. Ce qui fait la réussite de ce service réside beaucoup dans sa connaissance et dans le « bouche-à-oreille ». Il existe alors un effet entraînant ; plus il y a de mères qui y ont recours, plus il est connu dans la ville et plus il est demandé.

III.2. Le terme des enfants.

Le terme à la naissance des enfants est exprimé en semaines d'aménorrhée.

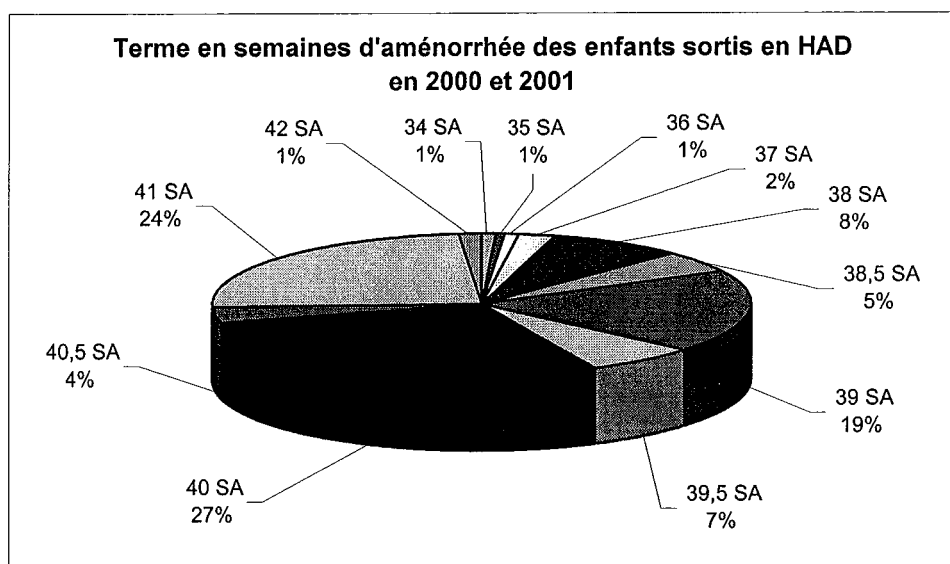


Tableau et graphe n°27 : Termes des enfants sortis en HAD en 2000 – 2001.

Source : Registre des naissances – Maternité de Remiremont.

Afin d'étudier le terme de ces enfants, nous allons le comparer à celui de l'ensemble des enfants nés à Remiremont durant les 2 années étudiées.

Terme en semaines d'aménorrhée	Effectifs en 2000	Effectifs en 2001	Effectifs 2000 & 2001
27	1	1	2
28	1	1	2
30	1	2	3
31	2	3	5
32	1	2	3
33	5	3	8
34	7	8	15
35	10	17	27
36	20	22	42
37	49	61	110
38	114	94	208
39	288	260	548
40	253	187	440
41	200	188	388
Inconnu	3	3	6
	955	852	1807

Tableau n° 28: Terme des enfants nés à Remiremont en 2000 – 2001.

Source: Base de données PMSI et registre des naissances de Remiremont

NB: 955 enfants sont nés à Remiremont en 2000, mais 3 termes sont non renseignés dans la base PMSI, même chose pour 2001 (849 au lieu de 852 enfants).

		Effectif	Terme moyen	Ecart type
2000	Enfants nés à Remiremont	952	39,23	1,63
	Enfants sortis en HAD	64	39,52	1,24
2001	Enfants nés à Remiremont	849	39,09	1,81
	Enfants sortis en HAD	73	39,74	1,25
2000 + 2001	Enfants nés à Remiremont	1801	39,16	1,71
	Enfants sortis en HAD	137	39,64	1,24

Tableau n°29 : Effectifs et moyennes des termes des enfants nés à Remiremont en 2000 et 2001.

Le test t modifié (Satterhwaite) de comparaison de moyennes nous montre que les moyennes diffèrent de façon statistiquement significative ($p < 0,0001$) ($t = 4,23$). (Le test classique de Student est inapplicable en raison d'une non égalité des variances montrée par le test F de Fischer-Snedecor).

Ce résultat témoigne d'une allure différente des 2 populations. Les nouveau-nés qui sortent en HAD n'ont pas le même profil que le groupe restant en hospitalisation classique, car leur terme est en moyenne plus faible (inclusion des prématurés, des enfants à risque qui tirent la moyenne des termes vers la bas).

Afin d'éliminer cette différence de recrutement dans les 2 groupes, nous avons refait le test de comparaison de moyennes en éliminant les enfants de moins de 36 semaines qui n'étaient pas concernés par une sortie en HAD ; voici donc les nouvelles données :

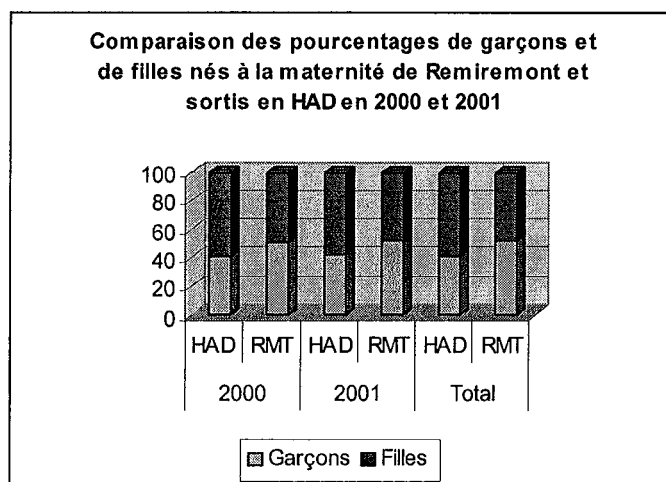
		Effectif	Terme moyen	Ecart type
2000 + 2001	Enfants nés à Remiremont	1 694	39,46	1,16
	Enfants sortis en HAD	134	39,76	1,06

Tableau n° 30: Valeurs modifiées des effectifs et termes moyens des enfants sortis en HAD et en sortie classique en 2000 et 2001 par suppression des termes inférieurs ou égaux à 36 semaines.

Dans ce cas, le test de Fischer-Snedecor ne met pas en évidence de différence sur les variances ($F=1,20$) ; ainsi, l'homocédasticité nous permet de réaliser un test de Student sur les moyennes. Ce dernier nous montre que la différence reste statistiquement significative entre les termes des 2 populations avec des enfants un peu plus « jeunes » en hospitalisation classique qu'en HAD ($p=0,0047$).

III.3. Le sexe.

Lors de notre étude, ce sont majoritairement des nouveau-nés de sexe féminin qui sont sortis précocement de la maternité avec un suivi HAD. Nous avons souhaité comparer ces données avec les proportions de filles et de garçons nés à Remiremont durant cette période.



Années 2000 et 2001	Enfants sortis en HAD	Tous les enfants nés à Remiremont
Garçons	57 (41,6%)	932 (51,6%)
Filles	80 (58,4%)	875 (48,4%)

Graphe et tableau n°31 : Proportion des 2 sexes dans les groupes HAD et Remiremont en 2000 et 2001.

Afin de voir si cette différence de répartition entre les 2 sexes est statistiquement significative entre le groupe sorti en HAD et le groupe sorti normalement de la maternité, nous réalisons un test du χ^2 d'homogénéité. Au seuil de risque alpha de 5%, la valeur du X^2 calculée est supérieure à la valeur tabulée. On rejette l'hypothèse initiale d'homogénéité ; le taux de nouveau-nés féminins est statistiquement supérieur dans le groupe sorti en HAD ($p=0,02$).

Nous allons cependant vérifier si la fréquence à Remiremont des enfants de sexe féminin et masculin est comparable aux chiffres nationaux.

Le sexe ratio à la naissance en France est favorable aux garçons, car il naît 1,06 garçon pour une fille ; ce qui fait une fréquence de 51,46% pour les garçons contre 48,54% pour les filles.

Grâce au test de comparaison d'une fréquence observée (51,58% à Remiremont) et d'une fréquence théorique (51,46% en France), nous pouvons conclure que ces valeurs sont comparables car le U calculé ($=0,10$) est inférieur au U tabulé au risque alpha de 5% ($=1,96$).

La prédominance des filles dans le groupe des enfants sortis en HAD n'a pas de cause particulière ; c'est une particularité signalée, probablement une simple coïncidence, car la proportion de nouveau-nés de sexe féminin et masculin à Remiremont est comparable à celle de la France en général.

III.4. La parité.

Parité des mères qui ont bénéficié de l'HAD de Gérardmer en 2000 et 2001								
Parité			Nombre	%		Nombre	%	
Primipare		EN	10	15,63	EN	11	15,07	
Multipare	2ème enfant		23	35,94		28	38,36	T
	3ème enfant	2	21	32,81	2	20	27,40	O
	4ème enfant	0	9	14,06	0	11	15,07	T
	5ème enfant	0	1	1,56	0	2	2,74	A
	6ème enfant	0	0	0,00	1	1	1,37	L
Total			64	100		73	100	
								137 100

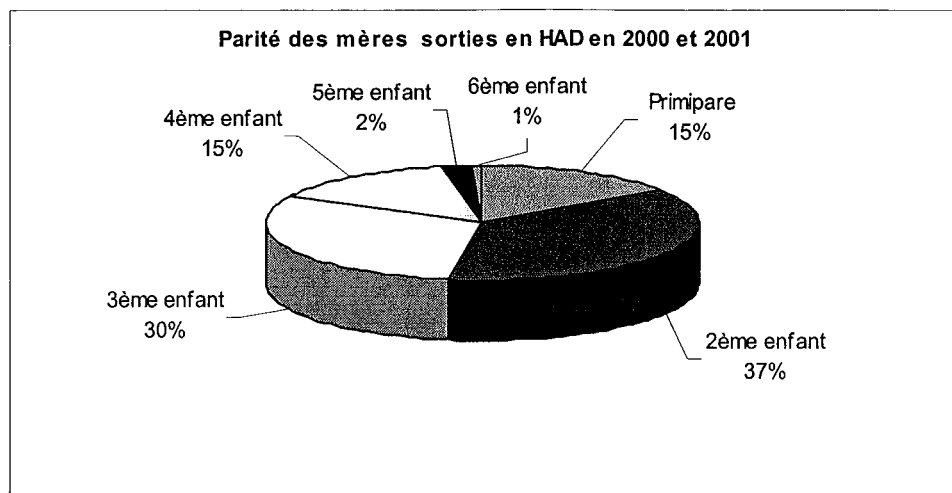


Tableau et graphe n°32 : Parité des mères sorties en HAD en 2000 – 2001.

La majeure partie des mères (67%) avait déjà 1 ou 2 enfants avant cette naissance aboutissant à une sortie précoce avec suivi à domicile ; et pour 18% d'entre elles, l'enfant était déjà le 4^{ème}, 5^{ème} ou même le 6^{ème} de la fratrie. Toutes ces mères (soit 85%) avaient donc une expérience des nouveau-nés et l'accompagnement initial a permis de remettre à jour les connaissances et de se réhabituer aux gestes de puériculture.

Pour les 15% de femmes restant (=les primipares) tout était à apprendre, même si certaines pouvaient côtoyer des petits enfants dans leur entourage. Cette sortie précoce, mais accompagnée, ne leur a pas fait peur.

Dans les questionnaires reçus, certaines mères (multipares) notaient tout de même qu'elles ne l'auraient pas fait pour un premier enfant. Elles auraient eu trop peur de l'inconnu, trop peur de ne pas être à la hauteur tout de suite à domicile.

A l'inverse, une mère qui a accouché en 2000 nous a gentiment renvoyé 3 questionnaires photocopiés puis remplis car c'était son 3^{ème} enfant et elle était déjà sortie en HAD pour les 2 premiers entre 1992 et 1998 ! Cette maman était très enthousiaste pour ce service et le fait d'être novice pour son premier enfant n'a pas été, selon elle, un problème.

Il est intéressant également d'étudier l'âge des autres enfants chez ses mères sorties précocement. Dans le tableau suivant figure les bornes extrêmes (haute et basse) et la moyenne de l'âge des aînés.

		1er enfant de la famille	2ème enfant de la famille	3ème enfant de la famille	4ème enfant de la famille	5ème enfant de la famille
2000	Le plus jeune	1	2	1,5	5	/
	Le plus âgé	18	15	14	5	/
	Moyenne de l'âge	7,14	6,33	6,1	5	/
2001	Le plus jeune	1	2	2	6	2
	Le plus âgé	20	18	16	6	2
	Moyenne de l'âge	6,24	5,94	6,17	6	2
2000 et 2001	Le plus jeune	1	2	1,5	5	2
	Le plus âgé	20	18	16	6	2
	Moyenne de l'âge	6,69	6,14	6,13	5,5	2

Tableau n° 33 : Répartition des âges des autres enfants des mères sorties avec l'HAD de Gérardmer.

Dans les familles avec de nombreux enfants, le plus âgé est naturellement plus vieux que dans les familles avec seulement 2 enfants. Ainsi, l'aîné couvre une étendue des âges importante : de 1 à 20 ans pour le premier enfant et la valeur diminue progressivement en fonction du nombre des enfants. Les colonnes 4^{ème} et 5^{ème} enfant ne sont pas très représentatives, car elles ne concernent que 2 et 1 familles.

Pour évaluer l'âge moyen du plus petit enfant de la fratrie en dehors du nouveau né, nous avons utilisé les âges du plus jeune des frères et sœurs dans chaque famille. Nous obtenons alors le tableau page suivante :

Age du plus jeune des autres enfants	2000 + 2001		
	Nombre de familles concernées	Fréquence	Fréquence cumulée
1	2	2,35	2,35
1,5	5	5,88	8,23
2	12	14,12	22,35
2,5	3	3,53	25,88
3	14	16,47	42,35
3,5	2	2,35	44,70
4	12	14,12	58,82
4,5	1	1,18	60,00
5	14	16,47	76,47
5,5	2	2,35	78,82
6	5	5,88	84,70
6,5	1	1,18	85,88
7	3	3,53	89,41
8	3	3,53	92,94
10	2	2,35	95,29
11	1	1,18	96,47
12	1	1,18	97,64
14	1	1,18	98,82
16	1	1,18	100,00
Total	85	100,00	100%

	2000		2001		2000 + 2001	
	1 an	- 20 % < 2,5 ans - 50 % < 4 ans - 80% < 6 ans	1 an	- 20% < 2 ans - 50 % < 3 ans - 80% < 6 ans	1 an	- 20% < 2 ans - 50 % < 3,5 ans - 80% < 5,5 ans
Le plus jeune	14 ans		16 ans		16 ans	
Le plus âgé	4,74 ans		4,2 ans		4,45 ans	
Moyenne de l'âge						

Tableau n°34: Répartition des âges des plus petits enfants de la fratrie en dehors du nouveau né ayant fait l'objet de la sortie précoce de maternité.

L'amplitude est une nouvelle fois assez large (de 1 à 16 ans) pour les cadets de chaque famille, mais grâce aux fréquences cumulées, nous pouvons constater que dans la majeure partie des cas les frères ou sœurs les plus proches du nouveau-né ont moins de 3 ans et demi (dans 50% des cas) ou 5 ans et demi (dans 80% des cas). Cet âge est tiré vers le haut pour la moyenne (=4,45 ans) avec les valeurs extrêmes hautes, car même s'ils ne sont pas fréquents, ces cas ont un poids important en raison des petits effectifs.

III.5. Les poids.

*** Les poids de naissance, dans le groupe HAD et dans le groupe Remiremont.**

2000 & 2001	Nombre de nouveau-nés	Poids moyen	Ecart-type	Variances
Sortie classique	1807	3196,66	512,48	262635,75
Sortie en HAD	137	3281,97	399,77	159816,06

Tableau n°35 : Poids de naissance moyen groupes HAD et RMT – 2000 et 2001.

Source: Base de données PMSI et registre des naissances de Remiremont

Nous avons souhaité, comme pour le terme des enfants, comparer les poids de naissance des enfants nés à Remiremont sur les 2 années avec ceux des enfants sortis en HAD sur la même période.

Compte tenu de l'inégalité des variances, le test t modifié (Satterhwaite) de comparaison de moyennes nous montre que celles-ci diffèrent de façon statistiquement significative ($p=0,0196$).

Les nouveau-nés qui sortent en HAD n'ont pas le même profil que le groupe restant en hospitalisation classique et dont les poids de naissance sont en moyenne plus faibles. L'étendue des valeurs et l'écart type (plus importants dans le groupe Remiremont que dans le groupe HAD) confirment cette différence qui est liée au recrutement des enfants. En effet, la maternité de Remiremont est en lien avec le secteur de néonatalogie de niveau IIa qui accueille les enfants prématurés après 34 semaines. Ces enfants sont par définition de petit poids et ils ne leur est pas proposé de sortie précoce après leur naissance car ils sont dirigés vers le service de néonatalogie.

Poids de naissance en grammes		Groupe HAD	Groupe Remiremont
2000 & 2001	Valeur extrême basse	2 300	751
	Valeur extrême haute	4 340	5 160

Tableau n°36: Dispersion des poids de naissance en 2000 & 2001, groupe HAD & Remiremont.

Afin d'éliminer cette différence de recrutement entre les 2 groupes, nous avons refait le test de comparaison de moyennes en éliminant les enfants de moins de 2000 grammes dans le groupe en sortie classique, non concernés par la sortie précoce.

Voici le nouveau tableau :

	Effectifs	Moyennes	Ecart-types	Variances
Groupe HAD	137	3214,4	357,38	127720,464
Groupe en sortie classique	1762	3216,4	433,21	187670,904

Tableau n°37 : Poids de naissance moyens et effectifs modifiés par suppression des moins de 2000 grammes dans le groupe en sortie classique.

Dans ce cas, le test de Fischer-Snedecor ne met pas en évidence de différence sur les variances. Cette homocédasticité nous permet de réaliser un test de Student sur les moyennes qui ne met plus en évidence de différence significative entre les 2 distributions ($p=0,2575$).

*** Variation du poids des enfants au cours du séjour d'hospitalisation à domicile.**

	Poids à la naissance en grammes	Poids à la sortie de maternité en grammes (soit J3)	Poids en fin d'HAD en grammes (soit J7 en moyenne)	Différence des poids en grammes		
				Sortie de maternité - naissance	Fin HAD - sortie de maternité	Fin HAD - Naissance
En 2000						
Taux de réponses (%)	100	67,19	48,44	67,19	43,75	48,44
Moyenne	3308,44	3260,47	3420,97	-94,19	145,00	18,39
Ecart type	436,78	457,28	441,64	115,18	118,58	170,66
En 2001						
Taux de réponses (%)	100	68,49	58,90	68,49	53,42	58,90
Moyenne	3258,77	3170,80	3340,23	-108,00	153,08	33,95
Ecart type	359,63	339,75	308,65	145,56	118,45	174,58

Tableau n°38 : Variations des poids pendant le séjour HAD.

Dans ce tableau figure le taux de réponses, car même en ayant signalé que les mères pouvaient trouver ces poids notés dans le carnet de santé de l'enfant, toutes les valeurs n'étaient pas renseignées pour chaque enfant.

La tendance sur les 2 années est identique.

Les enfants perdent environ 100 grammes entre leur poids de naissance et la sortie de la maternité, cela correspond à la perte de poids physiologique qui survient après la naissance. Elle est due notamment à la lutte contre le froid car l'enfant va progressivement apprendre à réguler sa thermogénèse, à la contraction de l'espace extracellulaire, à la perte d'eau et à l'énergie dépensée lors des efforts suscités par le démarrage de l'alimentation.

Entre la fin du suivi à domicile et la sortie de la maternité, les enfants reprennent du poids, environ 150 grammes pour les 2 années. C'est la prise alimentaire qui est bien installée

et l'enfant s'est progressivement habitué à son milieu extérieur. Physiologiquement, on compte une prise de poids moyenne de 30 grammes par jour, ceci est cohérent car le suivi à domicile dure environ 5 jours ce qui correspond aux 150 grammes.

La différence de poids entre la fin du suivi à domicile et la naissance comprend les 2 étapes décrites ci-dessus. Il compense et dépasse la perte de poids initiale par la hausse du poids à la maison.

Ce sont les valeurs des différences entre la fin de l'HAD (vers J7 en moyenne) et la sortie de la maternité (J3) qui témoignent de la bonne vitalité et de la bonne adaptation de l'enfant à sa nouvelle vie.

III.6. La durée de l'hospitalisation à domicile.

*** Mode et durée des passages quotidiens des sages-femmes à domicile.**

Suite au questionnaire et à un entretien avec les sages-femmes qui s'occupent de se service, nous apprenons que celles-ci passent 1 à 2 fois par jour au domicile des mères et nouveau-nés qu'elle suivent.

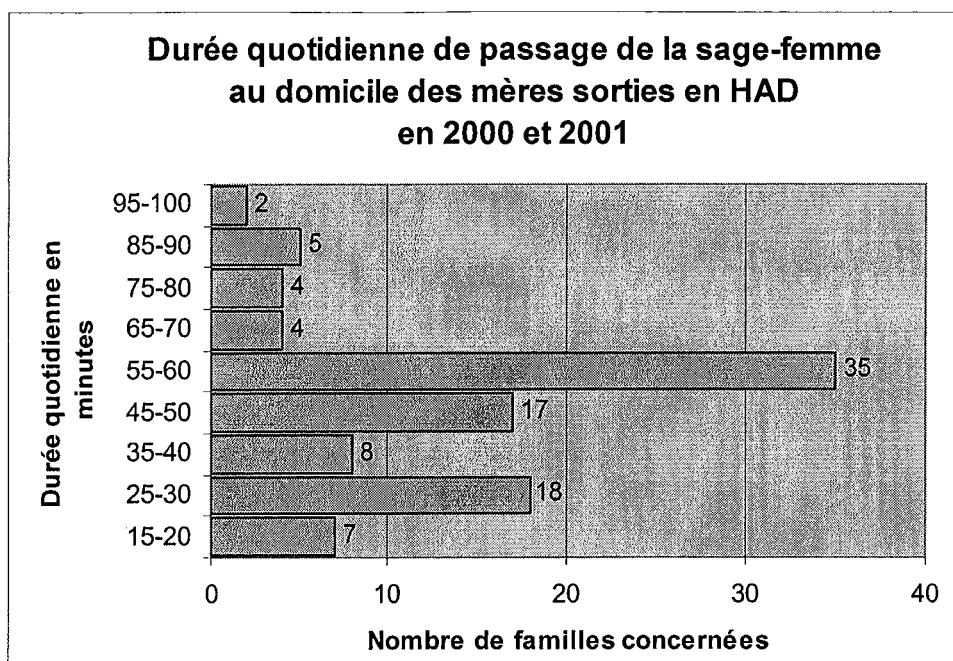
	Passe 1 fois	Passe 2 fois	Passe 1 ou 2 fois	Total
2000	30	12	4	46
	65,22%	26,09%	8,70%	
2001	43	6	5	54
	79,63%	11,11%	9,26%	
Total des 2 ans	73	18	9	100
	73%	18%	9%	

Tableau n°39 : Répartition des modes de passages des sages-femmes lors d'un suivi de sortie précoce de maternité à Gérardmer.

Ainsi, dans 73 % des cas, la sage-femme n'est passée qu'une fois par 24 heures chez les jeunes mères.

Pour 9 % d'entre elles, elle est passée 1 ou 2 fois en fonction des jours et des capacités maternelles (2 fois au départ, puis 1 seule fois lorsque la mère a acquis une certaine autonomie), et enfin, pour 18 %, la sage-femme a maintenu un passage biquotidien pendant toute la durée du séjour en HAD.

Nous étudions ensuite la durée quotidienne du passage de la sage-femme.



Graphe n°40: Durée de passage de la sage-femme au domicile des mères sorties en HAD à Gérardmer en 2000 et 2001).

Dans 77% des cas, la sage-femme a passé 30 à 60 minutes par jour chez les patientes sorties en HAD (8% de 15 à 60 minutes et 15% de 70 à 100 minutes) ; mais dans la majorité des cas, la durée du passage est d'environ une heure.

De manière générale, et logiquement, les passages ont tendance à être plus longs lorsque la sage-femme ne passe qu'une fois, mais ce n'est pas systématique.

Il ressort essentiellement de ces données, et notamment de l'amplitude des valeurs, que les sages-femmes adaptent la durée et la fréquence de leurs passages à chaque couple mère-enfant en fonction des aptitudes maternelles, des besoins et des nécessités psychosociales.

*** Durée de l'HAD en 2000 et 2001.**

	2000	2001
Effectif	64	73
Durée moyenne de l'HAD	4,41	4,52
Ecart type	0,92	1,01

Tableau n°41 : Durée moyenne de l'HAD, 2000 – 2001.

Pour évaluer si la moyenne de durée de séjour a évolué au cours de ces deux années d'étude, nous réalisons un test de comparaison de moyennes. Le test de Fischer – Snedecor

nous montre l'homocédasticité entre les 2 groupes, ce qui nous permet d'utiliser le test paramétrique de Student par lequel nous montrons qu'il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes. Ces deux durées moyennes de séjour sont égales au risque alpha de 5%.

Il serait intéressant de refaire ce test d'ici quelques années afin de voir si cette durée moyenne est constante ou si elle varie dans le temps.

*** Comparaison de la durée de suivi classique à la maternité et de la durée de suivi en hospitalisation à domicile.**

Durée moyenne de suivi	2000	2001
Hospitalisation classique A Remiremont	4,92	4,61
Sortie en HAD	4,41 à domicile + 3 jours à la maternité	4,52 à domicile + 3 jours à la maternité

Tableau n°42: Durée moyenne de suivi, HAD et hospitalisation classique à Remiremont, 2000 – 2001.

Si on ajoute les 3 jours passés à la maternité (voire 5 jours après une césarienne) aux journées d'HAD, la durée du suivi en hospitalisation classique est clairement inférieure à celle du suivi en HAD. Cependant, ce suivi n'est pas le même. En hospitalisation, toutes les informations sont dispensées pendant 4 à 5 jours en continu, tandis qu'à domicile, les sages-femmes ne passent qu'une à deux fois dans la journée. L'intensité n'est pas la même. Il est important de se demander ce que les mères recherchent ; si elles souhaitent un suivi plus long mais sporadique ou une hospitalisation classique qui engendre une surveillance moins longue. L'idéal serait, s'il n'y a pas de problème intercurrent, une prise en charge à la carte en fonction des désirs de chaque mère.

III.7. La demande d'aide ménagère.

La réception des questionnaires n'a pas été complète, mais le service d'HAD a pu nous fournir les données générales.

Voici tout d'abord les données reçues suite au questionnaire:

	Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Réponses
2000	25 (52,17% des réponses)	21 (47,83% des réponses)	46
2001	32 (58,33% des réponses)	22 (41,67% des réponses)	54
Total pour les 2 années	57 (57% des réponses)	43 (43% des réponses)	100

Tableau n°43: réponses au questionnaire d'enquête sur la question de l'aide ménagère.

Elles apportent des pourcentages supérieurs aux données réelles fournies par le service d'HAD:

Demande d'aide ménagère		
	Nombre	%
2000	27 / 64	42,19
2001	38 / 73	52,05

Tableau n° 44: Proportion d'aide ménagère.

Sur les 2 années de l'étude, 65 mères sur 137 sorties en hospitalisation à domicile ont donc bénéficié d'une aide ménagère, soit 47,45% d'entre elles.

Le service d'HAD offre cette possibilité d'avoir à domicile une aide ménagère pendant 8 heures réparties selon le désir de la maman. Il peut sembler surprenant que moins de la moitié des mères aient fait appel à ce service, mais souvent les parents, beaux parents ou amies sont là pour aider la jeune mère.

A noter que la disponibilité des aides ménagère est possible grâce au partenariat de l'HAD avec les membres de l'ADAPAH.

Nous avons alors souhaité connaître le mode de répartition des heures d'aide à domicile chez les mères qui ont répondu au questionnaire.

Nombre de passages	Durée du passage en minutes	Total en minutes pendant l'HAD	Nombre de familles concernées sur les 2 ans	Total durée d'aide ménagère pour les 2 années étudiées
2	120	240	1 (1,75%)	240
2	240	480	1 (1,75%)	480
3	120	360	3 (5,26%)	1080
3	150	450	3 (5,26%)	1350
3	180	540	1 (1,75%)	540
4	60	240	2 (3,51%)	480
4	120	480	33 (57,89%)	15840
4	150	600	1 (1,75%)	600
5	60	300	3 (5,26%)	900
6	90	570	5 (8,77%)	2850
6	120	720	2 (3,51%)	1440
8	60	480	2 (3,51%)	960
Total			57	26760
Moyenne par foyer				469,47 = 7h49 min

Tableau n°45 : Nombre et durée des passages de l'aide ménagère au sein du service d'HAD de Gérardmer en 2000 et 2001.

La majeure partie des mères (58%) a souhaité une répartition en 4 fois 2 heures d'aide à domicile. Certaines n'ont reçu que 2 fois l'aide ménagère (pendant 2 ou 4 heures) tandis que d'autres ont choisi 8 passages d'1 heure. La moyenne de temps imparti par foyer (=7h49) correspond bien aux 8 heures proposées, même si des mères ont eu plus recours à l'aide que d'autres qui ont arrêté en cours de route.

Ce service a généralement été très apprécié par les jeunes mères comme nous le verrons ultérieurement dans l'analyse des commentaires libres rédigés par les patientes à la fin du questionnaire d'enquête.

III.8. Le mode d'allaitement.

Allaitement	EN 2 0 0 0	Valeur	% sur le total (64)	% sur les réponses (46)	EN 2 0 0 1	Valeur	% sur le total (73)	% sur les réponses (54)	TOTAL	Valeur	% sur le total (137)	% sur les réponses (100)
Maternel:		23	35,94%	50,00%		32	43,84%	59,26%		55	40,15%	55,00%
Artificiel:		22	34,38%	47,83%		18	24,66%	33,33%		40	29,20%	40,00%
Mixte:		1	1,56%	2,17%		4	5,48%	7,41%		5	3,65%	5,00%
Taux de réponses:			71,88%	100,00%			73,97%	100,00%			72,99%	100,00%

Tableau n° 46: Mode d'allaitement chez les mères sorties en HAD en 2000 – 2001.

Etant donné que nous n'avons pas reçu toutes les réponses aux questionnaires (seulement 100 sur 137 dossiers), nous avons étudié le taux d'allaitement maternel, artificiel et mixte sur les 100 mères sorties en HAD qui ont répondu pour ces 2 années.

Nous remarquons ainsi que le mode d'allaitement le plus fréquent est l'allaitement maternel (55% sur les 2 années). 5% des mères doivent compléter l'allaitement maternel par du lait artificiel, et 40% ne donnent que des biberons.

Le taux d'allaitement maternel connu le plus récent en France est de 50,1% en 1999. Il nous est apporté par l'examen du 8^{ème} jour des enfants car c'est l'un des items à renseigner.

Nous avons comparé notre moyenne observée (55%) à cette moyenne théorique de 50,1% par une approximation normale et un test de l'écart réduit.

Le U calculé ($=0,98$; inférieur au U tabulé de 1,96), nous permet de dire qu'il n'y a pas de différence significative entre le taux d'allaitement maternel avec une sortie classique et celui avec une sortie en HAD à Gérardmer.

Cependant, si on ajoute au pourcentage des mères qui allaitent leur enfant (55%), celui des mères qui allaitent et qui donnent des compléments en lait artificiel (5% des mères qui sont également considérées comme allaitantes), cela nous amène à un taux d'allaitement de 60%.

En reprenant le test de comparaison des 2 fréquences (observée à 0,6 et théorique à 0,501), nous obtenons un U égal à 2,087 qui est supérieur au U de la table. Le pourcentage d'allaitement artificiel dans le groupe sorti en HAD est donc supérieur au taux national ; la différence entre les 2 pourcentages est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Ainsi, à Remiremont, les sorties précoces avec suivi à domicile ne sont pas un frein à l'allaitement maternel des nouveau-nés.

III.9. Les gestes effectués.

Grâce à l'enquête, nous avons essayé de rechercher les actes pour lesquels les sages-femmes du service d'HAD apportaient du soutien aux jeunes mères.

	Mise au sein			Prise du biberon			Pesée		
Année	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans
Nombre de réponses positives	12	14	26	6	4	10	42	51	93
Nombre de réponses négatives	34	40	74	40	50	90	4	3	7
Nombre total de réponses	46	54	100	46	54	100	46	54	100
	26,09%	25,93%	26,00%	13,04%	7,41%	10,00%	91,30%	94,44%	93,00%

	Prise de la température			Soins du cordon			Bain		
Année	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans
Nombre de réponses positives	34	43	77	37	45	82	37	41	78
Nombre de réponses négatives	12	11	23	9	9	18	9	13	22
Nombre total de réponses	46	54	100	46	54	100	46	54	100
	73,91%	79,63%	77,00%	80,43%	83,33%	82,00%	80,43%	75,93%	78,00%

Tableau n° 47 : Gestes effectués au cours des passages de la sage-femme. HAD Gérardmer 2000-2001.

Selon les réponses aux questionnaires, l'acte qui est réalisé le plus souvent lors du passage d'une sage-femme est la pesée de l'enfant (93%), ensuite apparaissent les soins du cordon ombilical (82%) puis le bain (78%) et la prise de la température de l'enfant (77%).

Grâce à un entretien avec les sages-femmes, nous avons appris que la pesée est quasiment systématique lors du suivi à domicile en HAD et représente plus de 93% de leurs visites. Elles ont en charge le pèse-bébé et l'apportent au domicile des patientes.

Par contre, pour les autres actes tels que le bain ou les soins du cordon, il se présente plusieurs cas de figure ; soit la mère souhaite encore une fois regarder et apprendre les gestes, soit elle est à l'aise et réalise le bain et les soins sous le regard de la sage-femme ou même seule en fin de suivi. Cela explique les pourcentages plus aléatoires dans l'étude.

Pour ce qui est de la mise au sein et de la prise du biberon, il faut regarder les chiffres en fonction du mode d'allaitement. Ainsi, 26 % des mères ont allaité leur enfant au moment d'un passage de la sage-femme ; hors 55% des mères qui ont répondu au questionnaire allaitaient leur enfant ; ce sont donc 26 des 55 mères qui ont allaité leur enfant qui l'ont fait en

présence de la sage-femme (soit 47,27 %). De même, 10 mères ont donné un biberon à leur enfant en compagnie de la sage-femme sur les 40 qui ont répondu au questionnaire et qui ont donné du lait artificiel. Cela fait donc 25 %.

En fait, les actes d'accompagnement de la sage-femme au domicile des mères et des enfants peuvent être très variables d'une famille à l'autre et même dans une seule famille en fonction du jour de suivi au sein de l'HAD (premier jour lors de la sortie de la maternité ou dernier jour de suivi).

III.10. Les conseils prodigués.

Avec le questionnaire, nous avons également relevé les principaux conseils qui ont pu être apportés par les sages-femmes du service d'HAD. Les réponses sont subjectives et liées au souvenir des mères ; il se peut donc qu'elles divergent par rapport aux conseils effectivement donnés, mais cela apporte tout de même une idée sur les sujets abordés le plus fréquemment lors de ces rencontres mère, nouveau-né et sage-femme.

	Allaitement maternel			Allaitement artificiel			Changes		
Année	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans
Nombre de réponses positives	23	23	46	15	15	30	13	16	29
Nombre de réponses négatives	23	31	54	31	39	70	33	38	71
Nombre total de réponses	46	54	100	46	54	100	46	54	100
	50,00%	42,59%	46,00%	32,61%	27,78%	30,00%	28,26%	29,63%	29,00%

	Tenues			Comportement de l'enfant			Couchage, sommeil		
Année	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans	2000	2001	Les 2 ans
Nombre de réponses positives	9	15	24	16	25	41	24	30	54
Nombre de réponses négatives	37	39	76	30	29	59	22	24	46
Nombre total de réponses	46	54	100	46	54	100	46	54	100
	19,57%	27,78%	24,00%	34,78%	46,30%	41,00%	52,17%	55,56%	54,00%

Tableau n°48 : Conseils prodigués par les sages-femmes d'HAD Gérardmer – 2000-2001.

Le sujet qui revient le plus souvent est le couchage et le sommeil des enfants. On y retrouve tout naturellement les conseils de position dans le lit des nouveau-nés, mais également leur rythme et l'alternance des cycles veille/sommeil. Les réveils nocturnes sont également abordés et restent un sujet de prédilection des jeunes mères.

On retrouve aussi une quête d'information sur les attitudes, le comportement des nouveau-nés. C'est un sujet qui entre facilement dans un dialogue entre mère et sage-femme.

Parallèlement, les mères sont très demandeuses de conseils sur l'allaitement maternel. Il faut rapporter le pourcentage obtenu à celui du taux d'allaitement maternel ; ainsi, 46 femmes sur les 55 qui allaitaient ont souhaité avoir plus d'informations sur l'allaitement (soit 83,64 %), contre 75 % de conseils sur l'allaitement artificiel (30 / 40).

Au niveau des changes et des tenues vestimentaires pour les enfants, les mères semblent plus rassurées et sûres d'elles. C'est un sujet abordé pour respectivement 29 et 24 % des mères.

III.11. L'examen du 8^{ème} jour.

Praticien réalisant l'examen	Nombre d'enfants concernés en 2000	Nombre d'enfants concernés en 2001	Nombre d'enfants concernés sur les 2 ans	% sur le total (137)	% sur les réponses (100)
Médecin traitant:	43	48	91	66,42	91,00
Remplaçant généraliste:	1	4	5	3,65	5,00
Pédiatre:	2	1	3	2,19	3,00
(Sage-femme) ?	0	1?	1	0,73	1,00
Non répondant	18	19	37	27,01	/

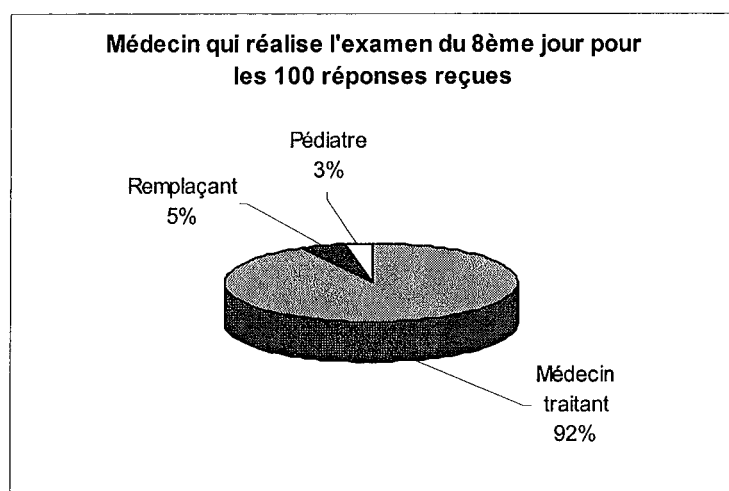


Tableau et graphe n° 49: Praticiens réalisant l'examen du 8^{ème} jour des enfants sortis en HAD

Comme nous l'avons évoqué précédemment, cet examen dit du « 8^{ème} jour » est souvent fait avant les 8 jours lors d'une hospitalisation classique en maternité. Il est réalisé par un pédiatre de l'établissement juste avant la sortie.

En cas de sortie précoce avec l'HAD de Gérardmer, les parents décident à quel praticien ils veulent confier cet examen. Il s'agit le plus souvent du médecin traitant de la famille (dans 92% des cas). Celui-ci est contacté dès le retour à domicile afin de programmer l'examen dans de bonnes conditions à la fin de la première semaine de vie de l'enfant.

S'il ne s'agit pas du médecin traitant, c'est son remplaçant dans 5% des cas ; et pour les 3% restant, les mères se dirigent vers un pédiatre.

A noter dans le tableau de résultats qu'une mère a répondu avoir fait l'examen du 8^{ème} jour avec la sage femme. C'est une erreur dans les réponses données au questionnaire par probable incompréhension de la question, car cet examen n'est pas du ressort de la sage femme, elles ne le pratiquent pas.

III.12. Points forts et points faibles...

Nous allons maintenant aborder des données plus subjectives en analysant les éléments retenus comme positifs ou négatifs par les mères sur les sorties précoces de maternité avec suivi à domicile.

Pour recueillir leur opinion, un espace du questionnaire était destiné à recevoir le sentiment de celles-ci vis-à-vis de cette expérience ; elles ont pu y noter librement les motivations qui les ont poussées à utiliser ce service, ce que ça leur a apporté et ce qui leur a manqué.

Pour une raison d'analyse, certains critères ont été regroupés. Le texte complet des commentaires des jeunes mères figure en annexe 11 avec les noms des enfants transformés en numéro d'anonymat et en cas de données manquantes, elles sont remplacées par une astérisque (*).

*** Les motivations pour sortir en HAD :**

Le taux de réponses :

	2000	2001	Sur les 2 années
Total avec réponse	46	54	100
Sans réponse	18	19	37
Total	64	73	137

Tableau n°50 : Taux de réponse sur les motivations à sortir en HAD.

Les 100 mères qui ont renvoyé le questionnaire ont répondu à cette question. Le tableau ci-après retrace les 134 motivations exprimées.

	Nombre de réponses
1 Retrouver et aussi s'occuper des autres enfants	30
2 Retrouver toute sa famille, vivre ces moments tous ensemble	19
3 Rentrer chez soi, au calme et avec ses repères	17
4 Sortir plus vite	13
5 Quitter l'hôpital (trop chaud...)	9
6 Bon état général de la maman et du bébé	9
7 Problème de garde pour les autres enfants	7
8 Déjà une expérience car pas le premier enfant dans la famille	5
9 Avoir un suivi adapté à soi	4
10 Expérience qui semble intéressante, bouche à oreille positif	4
11 Retrouver son mari et se sentir moins seule	3
12 Du travail attend à la maison, être plus active	3
13 On dort mieux chez soi (- chaud, + calme...)	3
14 Pas d'appréhension, se sent capable de...	1
15 Allaitement artificiel	1
16 Possibilité d'une aide à domicile	1
17 Gentillesse et compétence des sages-femmes	1
18 Mari qui est à la maison	1
19 Beau temps dehors, ne pas rester enfermée	1
20 Incompatibilité d'humeur avec le personnel de la maternité	1
21 Déjà sorti une fois en HAD et bonne expérience	1

Tableau n°51 : Les motivations des mères pour sortir en HAD. (NB : Plusieurs réponses étaient possibles)

Afin d'analyser ces données et d'en ressortir les principaux éléments, nous les avons regroupées par thèmes :

	Taux de réponses	Pourcentage des réponses données
Retrouver son mari et ses enfants et se sentir moins seule (1,2 et 11)		
Sortir plus vite de l'hôpital (trop chaud, incompatibilité d'humeur avec le personnel...) pour rentrer chez soi (plus calme, meilleur sommeil, ses propres repères, mari présent à la maison, beau temps dehors...) (3,4,5,13,18,19 et 20)	12,69+9,7+6,72+2,24+0,75+0,75+0,75	33,6%
Pas d'appréhension car pas le premier enfant, expérience positive par le bouche à oreille, mères qui se sentent capables d'assurer rapidement la prise en charge de l'enfant à domicile (8,10,14 et 21)	3,73+2,99+0,75+0,75	8,2%
Garder les aînés, reprendre le travail à la maison, ne pas rester inactive (7 et 12)	5,22+2,24	7,46%
Bon état général de la maman et du bébé (6)	6,72	6,72%
Gentillesse et compétence des sages-femmes de l'HAD (9+17)	3,73	3,73%
Allaitement artificiel plus facile à mettre en place qu'un allaitement maternel (15)	0,75	0,75%
Possibilité d'une aide à domicile (16)	0,75	0,75%

Tableau n°52 : Regroupement par thème des motivations des mères pour sortir en HAD.

La principale motivation (39%) qui pousse les mères à sortir en HAD est celle de retrouver leur mari et les autres enfants ; elles veulent quitter la « solitude familiale » de la maternité pour retrouver les leurs et partager avec eux la joie de la nouvelle naissance.

Ensuite, nous constatons que les mères souhaitent, pour 34 % d'entre elles, quitter rapidement le milieu hospitalier de la maternité. Elles veulent retrouver le calme de leur domicile, être plus libres, pouvoir sortir et bouger plus facilement.

Par la suite, les pourcentages diminuent nettement ; les motivations sont plus éparées, plus diversifiées. Tout d'abord il y a les mères (8 %) qui se sentent aptes à assurer la prise en charge rapide de leur enfant à la maison (déjà une sortie précoce antérieurement, pas le premier enfant, échos positifs...) puis celles qui veulent rentrer pour pallier le problème de garde des aînés et éviter trop de retard dans la réalisation des tâches ménagères à la maison (7%), ou encore celles qui sont motivées par le bon état général de leur enfant et d'elles-mêmes (7%).

Ensuite, les motivations énoncées sont liées à la compétence et à la gentillesse des sages-femmes qui s'occupent du suivi à domicile (pour 4% des mères), à l'aide qu'il est possible d'avoir conjointement à ce type de sortie et, pour l'une d'elle, au mode d'allaitement. En effet, elle estime que le démarrage d'un allaitement artificiel est plus simple à mettre en place qu'un allaitement maternel et que si elle avait allaité son enfant, elle ne serait pas sortie aussi tôt de la maternité.

*** Les points faibles des sorties précoces de la maternité avec suivi à domicile pour les mères sorties en HAD à Gérardmer en 2000 et 2001 :**

Le taux de réponses :

	2000	2001	Sur les 2 années
Aucun point faible	26 (57% des répondants)	28 (52% des répondants)	54 (54% des répondants)
Autres points faibles	20 (43% des répondants)	26 (48% des répondants)	46 (46% des répondants)
Total avec réponse	46 (72%)	54 (74%)	100 (73%)
Sans réponse	18 (28%)	19 (26%)	37 (27%)
Total	64	73	137

Tableau n°53 : Taux de réponses sur les points faibles de l'HAD.

Les 100 mères qui ont répondu ont exprimé leur avis sur ce point, mais 54% d'entre elles n'ont trouvé aucun point faible à ce mode de sortie. Dans le tableau ci-dessous, nous avons analysé les points faibles évoqués par les 46 autres mères.

	Nombre de réponses	Pourcentage sur les réponses autres que "aucun" (46)
Plus de fatigue (car plus de travail)	23	50%
Isolement, pas assez entourée entre les passages de la sage-femme	6	13,40%
Inadapté pour un premier enfant	3	6,52%
Pas assez d'heures d'aide ménagère	3	6,52%
Durée du suivi en HAD trop courte	2	4,35%
Insatisfaction de l'aide ménagère	2	4,35%
Pas de contact avec les autres mères	2	4,35%
Appareils archaïques des sages-femmes	1	2,17%
Vite démoralisée, plus fragile	1	2,17%
Il manque une réponse immédiate sur place en cas de problème	1	2,17%
Heures de visite des sages-femmes pas toujours adaptées	1	2,17%
Retour trop tard à la maison	1	2,17%

Tableau n°54 : Points faibles de l'HAD relevés par les mères sorties en 2000-2001.

Pour les 46% restant, la moitié des mères a évoqué un problème de fatigue plus important à domicile. En rentrant chez elles, elles ont retrouvé plus rapidement les tâches ménagères qui incombent souvent à leur rôle de maîtresse de maison.

Les autres points faibles relevés sont plus variés et évoqués par peu de mères. On retrouve tout de même la notion d'isolement (6 mères sur les 100 réponses), mais aussi une insuffisance d'aide-ménagère (3), une durée de suivi trop courte (2)...

*** Ce qui a manqué aux mères sorties en post partum avec le service d'HAD de Gérardmer en 2000 et 2001 :**

Le taux de réponses :

	2000	2001	Sur les 2 années
Rien	32 (70% des répondants)	49 (91% des répondants)	81 (81% des répondants)
Autres	14 (30% des répondants)	5 (9% des répondants)	19 (19% des répondants)
Total avec réponse	46 (72%)	54 (74%)	100 (73%)
Sans réponse	18 (28%)	19 (26%)	37 (27%)
Total	64	73	137

Tableau n°55 : Taux de réponse sur les manques du système de l'HAD.

La majeure partie des mères (81% des répondants) n'a manqué de rien pendant cette expérience de sortie précoce de la maternité avec suivi en HAD. Le tableau ci-dessous reprend tout de même les impressions des 19% restants.

	Nombre de réponses	Pourcentage sur les réponses autres que "aucun" (19)
Du repos	5	26,31%
Des repas prêts	3	15,79%
De l'aide à domicile	3	15,79%
Le contact avec le personnel de la maternité	2	10,53%
Des conseils	1	5,26%
Le calme et la tranquillité de l'hôpital	1	5,26%
Un suivi plus long	1	5,26%
Un mari plus disponible	1	5,26%
L'aide ménagère plus tôt	1	5,26%
D'avantage d'heures d'aide ménagère	1	5,26%
L'examen du 8ème jour de l'enfant à la maternité	1	5,26%

Tableau n°56 : Les manques évoqués par les mères sorties en HAD.

Pour 26 % d'entre elles, il leur a essentiellement manqué du repos. De plus, il est possible d'associer d'autres critères de manque à cette fatigue bien ressentie par les mères : les repas prêts de la maternité, l'aide à domicile par l'entourage ou une aide ménagère (souhaitée plus longtemps, plus tôt...), la tranquillité de la maternité (dans le sens de maternage, de guide ; la journée à la maternité est bien structurée et c'est reposant de savoir ce qu'il faut faire à chaque instant). En cumulant toutes les réponses qui entrent dans ce cadre, le résultat obtenu atteint les 74% d'avis exprimés en ce sens.

De façon plus sporadique, on retrouve d'autres manques : la convivialité et les rencontres qui se créent au cours d'un séjour en maternité, les conseils disponibles à toute heure au sein d'un service, le passage à la maternité de l'examen du 8^{ème} jour de l'enfant... De même, une mère a exprimé de désir d'avoir un suivi plus long en HAD.

*** Les points forts des sorties précoces de la maternité avec suivi à domicile pour les mères sorties en HAD à Gérardmer en 2000 et 2001 :**

Le taux de réponses :

	2000	2001	Sur les 2 années
Total avec réponse	46 (72%)	54 (74%)	100 (73%)
Sans réponse	18 (28%)	19 (26%)	37 (27%)
Total	64	73	137

Tableau n°57 : Taux de réponse sur les points forts de l'HAD.

73% des mères interrogées se sont exprimées sur ce sujet. Le tableau suivant recense donc les différents points forts de cette organisation relevés par les mères sorties en HAD avec leur enfant en 2000 et 2001 à Gérardmer.

		Nombre de réponses
1	Retrouver sa famille	27
2	Retrouver son domicile	16
3	Aussi bon suivi mais chez soi, avec les mêmes moyens	12
4	Meilleure intégration familiale du bébé	11
5	Retrouver les autres enfants	10
6	Plus grande écoute et plus grande disponibilité de la sage-femme	10
7	Meilleure intégration de l'enfant dans son milieu et son cadre de vie	7
8	Gentillesse et sympathie des sages-femmes	7
9	N° de téléphone disponible pour toujours joindre quelqu'un si il y a un problème	7
10	Calme de la maison	7
11	Compétence des sages-femmes	6
12	Suivi personnalisé	6
13	Confort de sa maison	5
14	Bonnes relations avec le personnel de l'HAD	5
15	Sortie plus rapide de la maternité	4
16	Aide et soutien de la famille	4
17	Repos	4
18	Les conseils	3
19	L'aide ménagère	3
20	S'occuper des autres enfants	3
21	Pas le premier enfant, déjà une expérience	3
22	Bon système	2
23	Retrouver ses repères	2
24	Récupère plus vite	2
25	Suivi plus long	1
26	Moins grande coupure avec la maison et plus utile chez soi	1
27	Une chambre pour le bébé	1
28	RAS	1

Tableau n°58 : Points forts du système HAD évoqués par les mères.

Compte tenu de la diversité des points forts évoqués, nous les avons regroupés en 10 thèmes principaux dont voici la synthèse :

	Nombre de réponses	Pourcentage sur toutes les réponses (100)
Qualité du suivi de l'HAD (3,6,8,9,11,12,14,16,18,25)	12 +10 +7 +7 +6+6+5+4+3+1	61%
Retrouver sa famille (1,5,20)	27+10+3	40%
Retrouver le confort, le calme et ses repères à la maison (2,10,13,17,23,26)	16+7+5+4+2+1	35%
Intégration de l'enfant plus facile dans la famille et à la maison (4,7)	11+7	18%
Sortie plus rapide de la maternité (15)	4	4%
L'aide ménagère (19)	3	3%
Pas le premier enfant, déjà une expérience (21)	3	3%
C'est un bon système, il n'y a rien à signaler (22,28)	2+1	3%
Récupération plus rapide (24)	2	2%
Une chambre pour le bébé (27)	1	1%

Tableau n°59 : Thèmes des points forts relevés par les mères sorties en HAD.

Nous retrouvons à la seconde place des points forts du système de sortie précoce de maternité avec suivi à domicile (40% des réponses) le fait de reconstituer au plus vite le noyau familial, sujet qui apparaissait en tête dans les motivations des mères pour sortir en HAD ; c'est donc un élément majeur qui est largement apprécié.

A posteriori, suite à cette expérience d'HAD, les mères ont également apprécié la qualité du suivi à domicile avec la gentillesse et le professionnalisme des sages-femmes qui mettent en place un suivi personnalisé s'adaptant parfaitement aux conditions du domicile.

De même, la joie d'un retour précoce avec le calme et le confort du domicile figure en bonne place dans les points forts recensés par les mères, conformément à leur désir exprimé plus haut dans les motivations d'une sortie en HAD.

Ainsi, en règle générale, les mères sont très satisfaites de ce service.

La fatigue du retour à la maison avec les tâches ménagères qu'il implique n'entache pas la joie de ces mères de retrouver rapidement leurs enfants, leur mari et le confort de leur

domicile avec notamment des nuits plus calmes. Elles s'y sentent plus à l'aise et plus libres dans la gestion de leur temps.

De plus, au cours du suivi, un rapport privilégié se développe entre ces mères et les sages-femmes d'HAD ; c'est un suivi personnalisé, à la carte, avec toujours un contact téléphonique possible en cas de problème.

III.13. Renouveler l'expérience ?

En fin de questionnaire, lors de l'enquête, nous avons voulu savoir si ces mères sorties plus tôt de la maternité que les autres (mais avec un suivi à domicile) souhaitent renouveler cette expérience en cas de nouvelle naissance.

Réponses	Nombre en 2000	Nombre en 2001	Total	% sur toutes les sorties en HAD	Total sur les réponses	% sur toutes les réponses
Oui	40	53	93	67,88	93	93%
Non	3	1	4	2,92	4	4%
Fonction de l'EG	1	0	1	0,73	3	3%
Incertain	1	0	1	0,73		
O si AA, N si AM	1	0	1	0,73		
Sans réponse	18	19	37	27,01	/	/
Total	64	73	137	100	100	100%

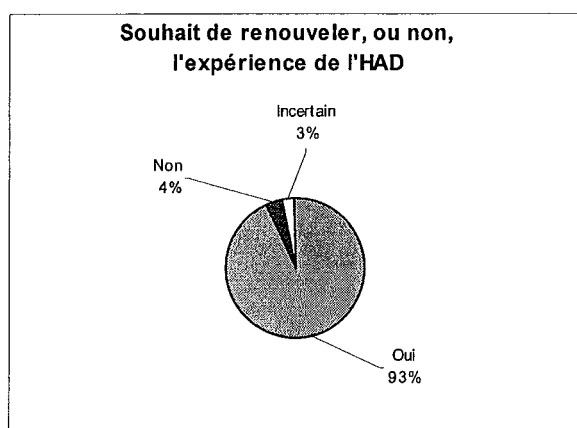


Tableau et graphe n°60: Désir ou non de renouveler l'expérience de l'HAD

En regardant ce diagramme sectoriel, nous nous rendons compte que ce mode de sortie précoce avec suivi à domicile est plébiscité par les mères qui l'ont utilisé (93%). Dans les réponses incertaines, les mères évoquent leur état de fatigue, préférant rester à la maternité en cas de fatigue trop importante pour ne pas avoir à supporter l'intendance de la maison ; ou encore en fonction du mode d'allaitement de l'enfant (une mère préférerait rester à la

maternité en cas d'allaitement maternel pour une bonne mise en route, alors qu'elle rentrerait à domicile en cas d'allaitement artificiel).

Les 4% de réponses négatives évoquent une trop grande fatigue à la maison après un retour précoce. Souvent la charge de travail engendrée par des aînés les empêche de se reposer après la naissance du bébé.

III.14. Les ré hospitalisations.

Afin d'étudier ce mode de sortie précoce, il faut en analyser les conséquences. Il est important notamment de rechercher les ré hospitalisations dans le premier mois de vie de ces enfants sortis plus tôt que les autres de la maternité.

D'après les données du service de Gérardmer, 7 enfants admis initialement en HAD ont été ré hospitalisés à Remiremont en néonatalogie entre 1992 et 1999.

Voici les motifs de ré hospitalisation :

- * Ictère néonatal nécessitant une photothérapie :

- 1 enfant en 1992, 2 en 1994, 2 en 1995

- * Reflux gastro-oesophagien important :

- 1 enfant en 1996

- * En 1999, un enfant a été ré hospitalisé pour une hypothyroïdie et nécessité de photothérapie pour un ictère néonatal.

En 2002 et 2003, aucun enfant sorti d'HAD n'a été hospitalisé au cours de son premier mois de vie.

Pour les 2 années qui nous concernent dans l'étude, 2000 et 2001 ; 2 enfants sur 64 ont été ré hospitalisés en 2000 et aucun des 73 en 2001.

Le premier enfant est un petit garçon qui a même été hospitalisé 2 fois, une à 4 jours de vie, pendant 24 heures, pour un reflux et l'autre à 11 jours de vie, pendant 48 heures, pour des coliques du nourrisson et une grande inquiétude maternelle. En regardant les commentaires que la maman a noté en répondant au questionnaire, elle trouve que ce qui lui a manqué au cours de l'HAD était des conseils sur les coliques du nourrisson. L'angoisse de cette mère n'a donc pu être dissipée par la sage-femme et a mené à une ré hospitalisation de l'enfant. Cette maman a également noté qu'elle était plus fatiguée à domicile, elle se sentait

plus fragile et plus vite démoralisée. Ses motivations pour sortir en HAD était de retrouver ses autres enfants et de rentrer chez elle plus rapidement. On est en droit de se poser la question de savoir si l'HAD était une bonne solution pour cette mère inquiète. Cependant elle a répondu qu'elle ressortirait de la même manière en cas de nouvelle grossesse.

Le deuxième enfant ré hospitalisé est une petite fille dont le motif d'admission était une gastro-entérite virale avec diarrhée profuse à 9 jours de vie.

Il faut noter que 41 enfants de moins d'un mois ont été hospitalisés en néonatalogie en 2000 et 27 en 2001. Malheureusement nous ne pouvons pas comparer les proportions de ré hospitalisations car nous ne connaissons pas le lieu de naissance de tous les enfants et certains ne sont pas nés à Remiremont, et d'autres, nés à Remiremont, ont pu être hospitalisés ailleurs.

Nous constatons tout de même que les ré hospitalisations ne sont pas fréquentes. Celles nécessitées par une photothérapie sont impondérables et il est même rassurant de voir que le suivi de l'ictère est bien réalisé à domicile. La majeure partie de ces ré hospitalisations sont donc justifiées et ce n'est pas la sortie précoce des enfants qui en est la cause.

III.15. Les coûts.

L'un des buts de l'hospitalisation à domicile, en dehors du fait de rapprocher les familles et de libérer des lits dans les services de suites de couches, est d'engendrer des économies à la sécurité sociale. Nous allons donc comparer le coût de ces deux modes de prise en charge : HAD et hospitalisation traditionnelle.

	1992: création du service		2003	
	En francs	En euros	En francs	En euros
Journée en suites de couches - RMT	1 421,45	216,70	3 395,23	517,60
Journée en HAD - Gérardmer.	1 378,56	210,16	2 069,15	315,44
Différence	-42,89	-6,54	-1 326,08	-202,16

Tableau n° 61: Evolution des tarifs des journées d'hospitalisation en maternité et en hospitalisation à domicile.

Les sages-femmes qui réalisent les visites à domicile apportent tout le matériel nécessaire au soins quotidiens de l'enfant et de la maman ; ce service a également à sa charge les frais de véhicule, les frais administratifs, les frais d'organisation, les frais de matériel portable (balance, cardiotocographe...), les frais de télécommunication...

Au démarrage du service, le coût à la journée n'était guère moins important que le coût d'une hospitalisation standard (42,89 francs (=6,54 euros) de différence). C'est par la suite que ce tarif a nettement moins augmenté que le tarif de l'hospitalisation en maternité car il y a maintenant une différence de 202,16 euros par journée.

Il est tout de même important de noter que les mères passent déjà 3 journées (en cas d'accouchement par voie basse) ou 5 journées (en cas de césarienne) à la maternité avant d'entrer dans le service d'hospitalisation à domicile pour 4 ou 5 jours. Si on ajoute les 2 parties du coût du séjour des mères sorties en HAD, la somme est supérieure à celle d'un séjour complet à la maternité car les femmes restent à la maternité de Remiremont de 5 jours (accouchement par voies basses) à 8 jours (césarienne) ; cependant le suivi est plus long (de 8 à 10 jours) en sortie précoce.

Exemple : Mère ayant accouché par voie basse en 2003 :

- 5 jours à la maternité de Remiremont en suites de couches = 2588,00 euros
- 3 jours à la maternité de Remiremont en suites de couches + 4 jours en hospitalisation à domicile = 1552,80 + 1261,76 = de 2814,56 euros

L'objectif de réduction des coûts par un système d'hospitalisation à domicile n'est pas atteint aujourd'hui avec ce service. Ce sont d'autres motivations, notamment humaines de rapprochement qui en font sa réussite.

De plus, il ne faut pas regarder uniquement les coûts directs impliqués par ces 2 systèmes ; car les mères qui sortent plus tôt permettent de libérer leur chambre et donc de la rendre plus rapidement disponible pour une prochaine accouchée (= roulement plus important...).

IV. Et l'avenir ?

Ainsi, ce service d'hospitalisation à domicile est bien implanté. Son activité est satisfaisante, régulière mais a de fortes chances de croître dans les années à venir avec le « bouche à oreille » des mères satisfaites et l'inexorable baisse de la durée de séjour.

Les sages-femmes qui travaillent dans ce service ont cependant un regret : elles aimeraient avoir l'occasion de rencontrer plus tôt les mères qui envisagent une sortie précoce. Des rencontres ou un entretien prénatal établirait les bases, exposerait les principes du système, permettrait de faire connaissance et serait un gage de plus pour la réussite de la sortie

précoce. Les mères bien informées sont plus sûres d'elles et appréhendent moins les moments de solitude avec leur enfant car elles y sont mieux préparées...

Depuis sa création, le secteur géographique couvert par l'HAD de Gérardmer a changé ; il s'est réduit du côté du canton de Remiremont et légèrement agrandi vers Champdray et Réhaupal. Ces transformations sont dues au développement des liens qui unissent la maternité de Remiremont aux sages-femmes libérales qui se sont installées aux alentours (Dommartin-les-Remiremont, Saint-Nabord, La vallée de la Moselle...) et qui prennent en charge ces mères et enfants sortis précocement de la maternité, dans les mêmes conditions qu'au sein de hospitalisation à domicile.

Nous sommes même en droit de nous poser la question de la nécessité d'un service comme l'HAD pour les mères qui ont accouché sans complication et pour lesquelles il n'y a pas de problème particulier dans le suivi d'elle même ou de leur enfant : Ce suivi doit-il se faire au sein d'une hospitalisation qui, par définition, prend en charge des patients malades ? Ne faut-il pas garder les places pour les offrir aux couples mère-enfant qui ont d'avantage de difficultés (petit poids, prématurité légère...) mais qui ne nécessitent guère plus qu'un suivi régulier quotidien ou biquotidien sans la contrainte d'un séjour plus long à l'hôpital ? Les sages-femmes libérales, sous l'égide de la maternité, pourraient alors s'occuper des suivis sans complication, par l'intermédiaire de visites et en dehors de tout cadre d'hospitalisation...



**Les sorties précoces de maternité.
Versant pédiatrique.**

**Evaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place à
Gérardmer, en partenariat avec la maternité de Remiremont.**

Etude rétrospective sur 2 ans.

Septième partie :

Intérêts et inconvénients des sorties précoces de maternité.

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction de ce travail, le thème des sorties précoces de maternité pour les nouveau-nés est un sujet en vogue aujourd'hui. Mais dès la fin des années 1970, des articles ont été rédigés sur les sorties précoces de la maternité. En effet, nous avons retrouvé une étude anglaise de 1976 dont les résultats indiquaient que les sorties précoces avec suivi à domicile étaient sûres, économiquement réalisables et bien acceptées par les patients [25].

Mais il est important de voir à quels enfants s'adressent ces sorties précoces. Il faut que les mères soient bien informées, volontaires et il faut éliminer les patients à risque (ictère, cardiopathie, infection, chute de poids trop importante, risque de négligence envers la réalisation des dépistages sanguins, relation mère-enfant mal établie ou des problèmes inhérents à la maman tels que des montées de lait douloureuses, un allaitement chaotique, ou un blues du post-partum).

Afin d'optimiser au maximum le temps de surveillance à la maternité, ces sorties sont préconisées au 3^{ème} jour de vie de l'enfant [26]. Cela permet l'analyse des prélèvements bactériologiques et sanguins faits à la naissance (ce qui établit plus ou moins le risque infectieux), et de réaliser le test de Guthrie. De plus, en 3 jours, les équipes paramédicales peuvent inculquer aux mères les bases d'une éducation à la santé et peuvent également se rendre compte si un trouble important de la relation mère-enfant est déjà en train de s'installer. Parallèlement, les examens cliniques réalisés quotidiennement durant ce cours séjour éliminent notablement les risques physiques.

De toutes évidence, quelque soit la volonté de la mère, c'est le pédiatre qui est en mesure de fixer la date de sortie de l'enfant. Il détermine celle-ci en fonction des conditions médicales, familiales, sociales et économiques du retour de l'enfant à domicile, et doit s'assurer que les objectifs de santé de l'hospitalisation sont atteints quelque soit le mode de suivi [27].

Ensuite, tous les professionnels s'accordent à dire qu'il faut un suivi après la sortie précoce de maternité d'un nouveau-né. Mais quel suivi apporter ? Différentes solutions ont déjà été envisagées :

- L'hospitalisation à domicile avec une équipe formée et centralisée dans des locaux propres ; c'est le cas de l'HAD de Gérardmer ou Grenoble notamment
- Le suivi à domicile par une équipe de la maternité (sage-femme ou auxiliaire puéricultrice). Cette solution a été choisie dans plusieurs pays et est pratiquée à Lyon avec le service SOPREA (SORTie PREcoce des Accouchées) dépendant de l'hôpital Edouard Herriot.
- L'utilisation des structures de PMI déjà en place avec surveillance de l'enfant par une puéricultrice ou une sage-femme de secteur ; mais cette solution risque de pénaliser les autres missions de ce service par manque de personnel et la PMI a déjà un rôle bien défini dans les bassins de santé
- Des sages-femmes libérales en lien avec la maternité d'accouchement
- Et enfin, le rendez-vous chez un médecin (généraliste ou pédiatre) organisé depuis la maternité avant la sortie ; mais cette solution engendre un risque important de non retour, et donc une absence de suivi, notamment dans les milieux défavorisés.

Des études montrent qu'un personnel paramédical dédié au suivi des sorties précoces, en relation avec la maternité et se rendant à domicile, est plus efficace que le rendez-vous donné dans un cabinet de médecin [28],[29].

En effet, la visite à domicile fait connaître au professionnel les conditions de vie de l'enfant ; il y dispense des conseils adaptés. De plus, c'est un système qui permet de s'assurer facilement du suivi et ainsi de perdre le moins possible d'enfants « dans la nature ».

Mais quelle que soit la solution retenue, la collaboration est capitale pour la réussite des sorties précoces. Cette collaboration doit s'établir entre les professionnels des maternités, les professionnels de santé libéraux (sages-femmes, médecins), les centres de PMI et tous les autres intervenants dans le secteur social ou médicosocial de la région.

Au niveau des conséquences de ces sorties précoces, plusieurs études ont cherché à les évaluer mais sont parfois contradictoires.

Le taux de ré hospitalisation au cours du premier mois de vie, montré comme inchangé en cas de sortie précoce à domicile avec un suivi adapté [30], [31],[32], pourrait apparaître

comme un bon indicateur, mais il faut rester prudent car les études manquent souvent de puissance statistique pour évaluer la possibilité d'événements rares tels que celui-ci [33]. Il semble également important de noter que les motifs de ré hospitalisation décrits aux Etats-Unis sont souvent liés à un manque de surveillance de l'enfant ou à une trop grande solitude maternelle (soutien insuffisant) : ictère du nouveau-né, mauvaise prise pondérale, infection materno-fœtale et d'autres pathologies sans risque pour l'enfant mais source d'inquiétude maternelle (régurgitations, coliques, soins de cordons...). Ces motifs témoignent d'eux-mêmes du manque de suivi [34], [35].

L'incidence d'une sortie précoce sur l'allaitement maternel est également très discutée dans la littérature. Des études montrent qu'il n'y a pas de différence entre le taux à la naissance [30] et la durée de l'allaitement maternel en cas d'hospitalisation classique ou de sortie précoce, voire même une sortie précoce avec un suivi à domicile associé à la suppression de la routine de l'hôpital pourrait être un facteur de succès de l'allaitement maternel [36]. Cette hypothèse est confortée par une étude réalisée à Toronto en 2002 qui montre que le taux d'allaitement maternel exclusif entre 5 et 12 jours de post-partum est supérieur chez les femmes qui sont sorties tôt de la maternité avec passage d'une sage-femme à domicile par rapport à celui des mères restées à l'hôpital. Encore une fois, cette étude est à prendre avec recul, car les auteurs ne définissent pas la durée d'hospitalisation des mères [37]. L'étude réalisée en Suède en 1998 nous apporte un peu plus de précision sur ce facteur d'allaitement maternel ; là encore elle montre que la durée de séjour n'a pas d'effet significatif sur l'incidence de l'allaitement maternel à 2 et 4 mois après la naissance, le facteur qui semble le plus influant étant la première expérience d'allaitement, ainsi que le soutien, l'aide et les encouragements reçus [38].

A l'inverse, d'autres études suédoises et anglaises démontrent que l'incidence de l'allaitement maternel est plus faible en cas de sortie précoce. Elles l'expliquent par les difficultés liées à la mise en place de l'allaitement, à la montée laiteuse qui se produit après la sortie de maternité, au manque de conseil et de soutien, et à l'anxiété des mères.

Cette divergence des résultats nous empêche de définir réellement l'impact des sorties précoces sur le taux d'allaitement maternel ; d'autant plus que les conditions sont totalement différentes dans les pays nordiques et en France. Avec 50,1%, nous possédions en 2001 l'avant dernier taux d'allaitement maternel européen à la naissance, devant l'Irlande (34%), et loin derrière d'autres pays qui affichent plus de 90% d'allaitement maternel (Danemark, Suède, Norvège, Suisse, Roumanie et Turquie). L'Angleterre (avec 63%) possède le taux le

plus proche de notre moyenne nationale, l'Allemagne est à 85% et le Luxembourg à 74%. Ces données de base totalement différentes nous empêchent alors d'extrapoler les études étrangères à la population française.

Du point de vue psychologique, les sorties précoces peuvent également avoir un impact plus ou moins important en fonction du mode de suivi de l'enfant. Une trop grande diminution de la durée de séjour dévalorise l'importance de l'accompagnement à la parentalité fait par les soignants. Il faut avoir un minimum de temps et être bien disponible pour aider les parents à prendre leurs repères et apporter les conseils souhaités sur la dimension relationnelle qui uni l'enfant à sa famille. Cette transmission de « savoir » peut tout naturellement se faire à domicile par un personnel compétent, mais il ne faut pas l'occulter.

La volonté de faire des économies était également un motif de raccourcissement de la durée de séjour à la maternité et de nombreuses études américaines abordent ce sujet. Cependant, elles ne sont guère comparables à la situation française, car les dates de sortie et les modes de suivi sont différents. Ces études venant des Etats-Unis s'attardent surtout à démontrer l'avantage d'instaurer un suivi systématique après une sortie précoce plutôt que de laisser les mères et les enfants livrés à eux-mêmes. Elles comparent les sorties précoces avec suivi et les sorties sans suivi, et non les sorties précoces avec suivi et les hospitalisations classiques comme il serait intéressant de le faire en France.

Les économies mises en évidence par ces études sont alors liées à une diminution importante de la consommation de soins non programmés (consultations et hospitalisations) [30]. Les mères suivies sont moins inquiètes et moins perdues, la consommation de soins pour leur enfant est donc inférieure. Ces données ont des implications directes dans la politique de remboursement des soins médicaux.

Ainsi, en 1996, l'étude réalisée à San Francisco en Californie [41] montre les bénéfices importants obtenus grâce à la mise en place de visites systématiques d'une infirmière à domicile chez les enfants sortis précocement de la maternité, par rapport à une sortie précoce sans suivi. L'instauration de ce programme a permis de diminuer très significativement le nombre de consultations médicales et de ré hospitalisations d'enfants dans les 2 mois après leur naissance.

En France, les efforts pour contrôler les coûts en multipliant les sorties précoces en post-natal font diminuer les coûts directs de l'hospitalisation mais entraînent des dépenses pour le suivi de ces mères et de leurs enfants durant les premiers jours après leur retour (cf

analyse des tarifs, enquête HAD Gérardmer). De plus, ces sorties précoces alourdissent le fardeau familial des soins, du stress, des dépenses [42]. Il est donc capital de développer des programmes de suivi les plus efficaces et les moins chers possibles, acceptables et disponibles pour tous les patients.

Enfin, pour terminer cette synthèse sur les avantages et les inconvénients des sorties précoces de maternité, il est important de laisser la parole aux mères pour connaître leur opinion. Une enquête de satisfaction a été réalisée en Suède à l'Hôpital Universitaire d'Uppsala en 2000. Les conditions étaient différentes de celles qui peuvent être proposées en France aujourd'hui (sortie environ 8 heures après l'accouchement avec un suivi par une sage-femme à domicile, un examen de l'enfant au premier et au cinquième jour de vie, et une préparation anténatale), mais il est intéressant de voir les réponses données. Après une semaine passée à la maison, 103 mères ont répondu à un questionnaire : toutes trouvaient les soins et conseils suffisants, 40% ont eu un moment d'incertitude et plus de 97% voulaient renouveler l'expérience. Cette étude montrait donc que, dans les suites d'un accouchement normal, une préparation anténatale bien organisée et des soins adéquats en post-partum à domicile était un procédé sûr et apprécié par les parents [43]. L'enthousiasme des mères qui ont répondu au questionnaire dans l'étude précédente, et leur souhait de renouveler également l'expérience nous prouve que le système mis à place entre Remiremont et Gérardmer a des adeptes et qu'il demande à être développé avec d'autres communes en utilisant notamment les moyens déjà en place comme les sages-femmes libérales.

Conclusion

En parlant de sortie précoce de maternité, nous devons tout d'abord faire un constat : les opinions divergent d'un pays à l'autre sur la définition de la précocité. En France, la sortie est considérée comme précoce lorsqu'elle survient avant la 72^{ème} heure qui suit l'accouchement, or c'est un fait qui se généralise. Cette réduction de la durée de séjour est liée à différentes causes. Il y a notamment un manque de lits en obstétrique (secondaire à la fermeture de petites maternités sans augmentation réelle du nombre de places dans les grands centres appelés maternités de référence), mais aussi un intérêt économique et une volonté des mères de regagner au plus vite leur domicile qui est plus agréable pour elles que le milieu souvent hostile (car étranger) de l'hôpital.

L'enquête réalisée auprès des mères sorties en hospitalisation à domicile avec l'équipe de Gérardmer en 2000 et 2001 nous montre qu'il n'y a pas de risque lié à une sortie à J3 quand l'examen clinique initial est normal, que la mère est volontaire et bien informée, et que le suivi est assuré par une équipe structurée avec des rôles bien définis et un personnel compétent.

La faible fréquence des ré hospitalisations liées à la sortie précoce, la concordance du taux d'allaitement avec le taux des femmes ayant eu une prise en charge classique ainsi que la satisfaction des mères nous encourage à développer ce système, même si le coût n'est pas amoindri.

De toute évidence, la durée de séjour n'est pas universelle. Elle doit être discutée au cas par cas en tenant compte des aspects médicaux, sociaux et économiques des mères, enfants et familles. Les sorties précoces à J3 sont possibles chez des nouveau-nés eutrophiques sans facteur de risque connu et à condition qu'un suivi soit organisé après la sortie de la maternité pour éviter les dérives survenues dans d'autres pays. Ainsi, compte tenu de la baisse inéluctable de la durée de séjour en maternité en France (qui est encore une des plus élevées d'Europe), il est maintenant capital de développer des structures ou de mettre en place des réseaux qui puissent prendre en charge de façon adaptée ces nouveau-nés, avec des professionnels sensibilisés et formés (maisons périnatales, hospitalisation à domicile, coordination de sages-femmes libérales...).

Abréviations



- ADAPAH = Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées et aux Handicapés.
- ATCD = Antécédent.
- AP/HP = Assistance Publique / Hôpitaux de Paris.
- ARH = Agence Régionale d'Hospitalisation.
- ATIH = Agence Technique de l'Information Hospitalière.
- CA = Conseil d'Administration.
- CME = Commission médicale d'établissement.
- CHR = Centre Hospitalier Régional.
- CHU = Centre hospitalier universitaire.
- CMV = Cytomégalovirus.
- CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- DDASS = Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DMS = Durée Moyenne de Séjour.
- DRASS = Direction régionale des Affaires Sanitaire et Sociale.
- ETP = Equivalent temps plein.
- Ets = Etablissement de santé.
- GHM = Groupe Homogène de Malades.
- HAD = Hospitalisation A Domicile.
- HTA = Hypertension.
- ICT = Index Cardio-Thoracique.
- INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- INSERM = Institut national de la Santé et de la recherche médicale.

Abréviations (suites)



- MAP = Menace d'Accouchement Prématuro.
- NPAI = N'habite Pas à l'Adresse Indiquée.
- PCR = Protéine C réactive.
- PMI = Protection Maternelle et Infantile.
- PMSI = Programme de médicalisation des systèmes d'information.
- PSPH = Participant au Service Public Hospitalier.
- RCIU = Retard de Croissance Intra-Utérin.
- RMT = Remiremont.
- SAMU = service d'Aide Médicale Urgente.
- SOPREA = Sorties PREcoces des Accouchées.
- SROS = Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
- VBEH = Voies biliaires extra-hépatiques.
- VIH = Virus de l'immunodéficience humaine.

Liste des graphiques et tableaux



1) Pourcentages d'accouchements à domicile au cours de la seconde partie du XXème siècle.....	26
2) Evolution au fil du temps de la mortalité périnatale et maternelle.....	26
3) Evolution de certains indicateurs de la périnatalité entre 1972 et 1981.....	31
4) Evolution de la mortalité périnatale en France et en Lorraine.....	33
5) Part des accouchements dans les différentes maternités de 1981 à 1998.....	36
6) Correspondance entre les niveaux de maternité et les niveaux en néonatalogie.....	38
7) Evolution du nombre de lits et de maternités en France au fil du temps.....	44
8) Evolution du nombre de maternités en Lorraine de 1980 à aujourd'hui.....	45
9) Evolution de la durée moyenne de séjour en France pour un accouchement par voie basse.....	69
10) Evolution de la durée de séjour en France pour un accouchement par césarienne.....	71
11) Evolution de la durée de séjour en Lorraine pour un accouchement par voie basse et par césarienne.....	72
12) Répartition des lits dans l'Hôpital de Remiremont en 1914.....	80
13) Evolution des durées moyennes de séjour en obstétrique à Remiremont.....	87
14) Evolution du nombre de naissances à la maternité de Remiremont de 1992 à 2003.....	87

Liste des graphiques et tableaux (suite)

15) Définition de la sortie précoce en fonction du mode d'accouchement pour les professionnels français.....	91
16) Places d'hospitalisation à domicile en périnatalité en 1999 et 2002.....	94
17) Activité du service d'hospitalisation à domicile de Grenoble.....	98
18) Répartition des jours d'entrée en HAD suite à un accouchement à Grenoble.....	99
19) Parité des mères sortant en HAD à Grenoble.....	100
20) Evolution du nombre d'accouchements à Gérardmer de 1971 à 1990.....	108
21) Activité de l'HAD de Gérardmer de 1992 à 2004.....	113
22) Répartition de l'origine géographique des naissances à Remiremont de 1999 à 2001.....	114
23) Répartition de l'origine géographique des mères ayant accouché à Remiremont en 2000 et 2001.....	115
24) Synthèse des questionnaires envoyés et reçus pour l'étude HAD Gérardmer 2000-2001.	119
25) Villes d'origine des mères sorties en HAD en 2000-2001.....	120
26) Pourcentage des naissances avec sortie en HAD dans chaque ville. 2000-2001.....	121
27) Termes des enfants sortis en HAD en 2000-2001.....	122

Liste des graphiques et tableaux (suite)

28) Terme des enfants nés à Remiremont en 2000-2001.....	123
29) Effectifs et moyennes des termes des enfants nés à Remiremont en 2000 et 2001.....	123
30) Valeurs modifiées des effectifs et termes moyens des enfants sortis en HAD et en sortie classique en 2000 et 2001 par suppression des termes inférieurs ou égaux à 36 semaines.....	124
31) Proportion des 2 sexes dans les groupes HAD et Remiremont en 2000-2001.....	124
32) Parité des mères sorties en HAD en 2000-2001.....	125
33) Répartition des âges des autres enfants des mères sorties en HAD avec le service de Gérardmer en 2000-2001.....	127
34) Répartition des âges des plus petits enfants de chaque fratrie hors nouveau-né de l'HAD.....	128
35) Poids de naissance moyens, groupes HAD et Remiremont en 2000-2001.....	129
36) Dispersion des poids de naissance en 2000 et 2001, groupe HAD et Remiremont.....	129
37) Poids de naissance moyens et effectifs modifiés par suppression des moins de 2000 grammes dans le groupe en sortie classique.....	130
38) Variations des poids pendant le séjour d'hospitalisation à domicile.....	130

Liste des graphiques et tableaux (suite)

39) Répartition des modes de passage des sages-femmes lors du suivi en HAD à Gérardmer en 2000-2001.....	131
40) Durée de passage de la sage-femme au domicile des mères sorties en HAD à Gérardmer en 2000-2001.....	132
41) Durée moyenne du suivi en HAD en 2000 et 2001.....	132
42) Durée moyenne de suivi, groupe HAD et Remiremont en 2000-2001.....	133
43) Réponses au questionnaire sur le sujet de l'aide ménagère.....	134
44) Proportion d'aide-ménagère demandée pendant l'HAD en 2000-2001.....	134
45) Nombre et durée des passages de l'aide –ménagère au sein du service d'HAD à Gérardmer en 2000-2001.....	135
46) Mode d'allaitement chez les mères sorties en HAD en 2000-2001.....	135
47) Gestes effectués au cours des passages de la sage-femme durant l'HAD à Gérardmer en 2000-2001.....	137
48) Conseils prodigués par la sage-femme aux mères sorties en HAD avec le service de Gérardmer en 2000-2001.....	138
49) Praticiens réalisant l'examen du « 8 ^{ème} jour » des enfants sortis en HAD.....	139
50) Taux de réponse sur les motivations à sortir en HAD.....	140



Liste des graphiques et tableaux (suite)

51) Les motivations des mères pour sortir en HAD.....	141
52) Regroupement par thème des motivations des mères pour sortir en HAD.....	141
53) Taux de réponses sur les points faibles de l'HAD.....	142
54) Points faibles de l'HAD relevés par les mères sorties en 2000-2001.....	143
55) Taux de réponse sur les manques du système de l'HAD.....	143
56) Les manques évoqués par les mères sorties en HAD.....	144
57) Taux de réponse sur les points forts de l'HAD.....	144
58) Points forts du système HAD évoqués par les mères.....	145
59) Thèmes des points forts relevés par les mères sorties en HAD.....	146
60) Désir ou non de renouveler l'expérience de l'HAD en périnatalité.....	147
61) Evolution des tarifs des journées d'hospitalisation en maternité et à domicile entre 1992 et 2003.....	149

Bibliographie

- 1) Morel M-F. L'aventure de naître. Partie 1 : Histoire de la naissance. Collection « Pages d'enfance ». Le Léopard Ed., Toulouse, 1989, pp 31-53.

- 2) Rumeau-Rouquette C. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. Partie I Les prémices. Edition médicale et scientifique Ed., Paris, 2001, pp 17-41.

- 3) Gélis J. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Fayard Ed., Paris, 1988, p 291.

- 4) Loux F. Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle. Paris , 1978, p 100.

- 5) Rumeau-Rouquette C. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. Partie II : Les vagues de réformes gouvernementales. Edition médicale et scientifique Ed., Paris, 2001, pp 47-113.

- 6) Poulain M, Tabutin D. La mortalité aux jeunes âges en Europe et en Amérique du Nord du XIXème siècle à nos jours. In : *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*. Département de démographie de l'Université de Louvain. Liège : Ordina Editions, 1980, p155.

- 7) Etude ministérielle sur la politique pré et périnatale. Le coût des accidents de la naissance ; Rapport de 1970. P 36. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

- 8) Rumeau-Rouquette C., Du Mazaubrun C., Rabarison Y. Naître en France : 10 ans d'évolution 1972 – 1981. Collection grandes enquêtes en Santé Publique et Epidémiologie. INSERM- Doin Ed., Paris, 1984, p 216.

- 9) Laugier J, Gold F. Abrégé de Néonatalogie. 3^{ème} édition. Masson Ed., Paris, 1991, pp 61-162.

- 10) Francoual C, Huraux-Rendu C, Bouillié J. Pédiatrie en maternité. 2^{ème} édition. Médecine-Sciences Flammarion Ed., Paris, 1999, p 622.

Bibliographie (suite)

- 11) Espagne S, Hamon I, Thiébauges O, Hascoet J-M. Mort de nouveau-nés apparemment sains en salle de naissance : un problème de surveillance ? Arch Pediatr. 2004 : 11, 436-9.
- 11 bis) Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaude J.L, Vial M, Dehan M, Boithias C. Malaises graves et morts subites après une naissance normale à terme : à propos de 6 cas. Arch Pediatr. 2004 : 11, 432-5.
- 12) Leclerc, Michel. Histoire des établissements hospitaliers et maisons de retraite des Vosges. 1992, pp 104-6.
- 13) Luron Rénal. Histoire de l'hôpital de Remiremont, rubrique « Le petit historien » dans *La lorgnette hospitalière*, journal interne de l'hôpital de Remiremont. Mars 1981-Juillet 1982.
- 14) Le registre des délibérations de l'hôpital de Remiremont (1876-1939).
- 15) Puton B. Notice historique sur l'hôpital de Remiremont.1887.
- 16) Buisson E. Essai historique sur l'hôpital de Remiremont.1888.
- 17) Règlement intérieur de l'établissement hospitalier de Remiremont adopté par la commission administrative en l'an 1914.
- 18) Articles de la presse locale concernant l'histoire de l'hôpital de Remiremont au fil du temps.
- 19) Combiere E, Zeitlin J, Le Vaillant M, de Pourville M. Les disparités interrégionales de l'offre de soins sont-elles légitimes ? Le cas de la périnatalité. Rapport de fin de projet. Paris : Convention ENSP/MIRE 2001, n°17/99.
- 20) Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. Pediatrics. 1995; 96 : 730-3.

Bibliographie (suite)

- 21) Catz C, Hanson JW, Simpson L, Yaffe SJ. Summary of workshop: early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 1995; 96 : 743-5.
- 22) Lieu TA, Braveman PA, escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000; 95 : 1058-65.
- 23) Langue J, Lacroix-Barbery I. Sorties précoces de maternité : place du pédiatre libéral. *Arch Pediatr*. 2001 ; 8 : 495-7.
- 24) Burlet G, Hamon I, Hubert C, Hascoet J-M. Prise en charge avant l'accouchement, dépistage des situations à risque. *Arch Pediatr*. 2001; 8 : 289-91.
- 25) Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants. Early discharge with home care. *N Engl J Med*. 1976; 294 : 702-5.
- 26) Heimler R, Shekhawat P, Hoffmann RG, Chetty VK, Sasidharan P. Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge. *Clin Pediatr (Phila)*. 1998; 37 : 609-15.
- 27) Margolis LH. A critical review of studies of newborn discharge timing. *Clin Pediatr (Phila)*. 1995 Dec; 34 : 626-34.
- 28) Maisels MJ, Kring E. Early discharge from the newborn nursery-effect on scheduling of follow-up visits by pediatricians. *Pediatrics*. 1997; 100 : 72-4.
- 29) Kotagal UM, Atherton HD, Bragg E, Lippert C, Donovan EF, Perlstein PH. Use of hospital-based services in the first three months of life: impact of an early discharge program. *J Pediatr*. 1997; 130 : 250-6.

Bibliographie (suite)

- 30) Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, Wong C, Lieu TA. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001; 108 : 719-27.
- 31) Welt SI, Cole JS, Myers MS, Sholes DM Jr, Lelovsek FR. Feasibility of postpartum rapid hospital discharge: a study from a community hospital population. *Am J Perinatol*. 1993 Sep; 10 : 384-7.
- 32) Norr Kf, Nacion KW, Abramson R. Early discharge with home follow-up: impacts on low-income mothers and infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1989; 18 : 133-41.
- 33) Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics*. 1995 Oct; 96 : 716-26.
- 34) Galbraith AA, Egerter SA, Marchi KS, Chavez G, Braveman PA. Newborn early discharge revisited: are California newborns receiving recommended postnatal services? *Pediatrics*. 2003 Feb; 111 : 364-71.
- 35) Cleopax JP, Fauquet E, Girodet D. Early discharge from maternity: problems, exigencies and recommendations. *Arch Pediatr*. 1999 Aug; 6 : 885-8.
- 36) Bussolati G, Gambini L, Musetti M, Braibanti S, Capuano C. Early discharge and breastfeeding. *Acta Biomed Ateneo Parmense*. 2000; 71 : 681-85.
- 37) McKeever P, Stevens B, Miller KL, Macdonnell JW, Gibbins S, Guerriere D, Dunn MS, Coyte PC. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth*. 2002; 29 : 258-65.

Bibliographie (suite)

- 38) Svedulf CI, Bergbom Engberg IL, Berthold H, Hoglund IE. A comparison of the incidence of breast feeding two and four months after delivery in mothers discharged within 72 hours and after 72 hours post delivery. Midwifery. 1998; 14 : 37-47.
- 39) Blanc J-P. Durée optimale de séjour en maternité. Arch Pediatr. 2000, 7 : 290-1.
- 40) Claris O. La situation dans les autres pays de la CEE. Arch Pediatr. 2001; 8 : 498. »
- 41) Braveman P, Miller C, Egerter S, Bennett T, English P, Katz P, Showstack J. Health service use among low-risk newborns after early discharge with and without nurse home visiting: J Am Board Fam Pract. 1996, 9 : 254-60.
- 42) Brooten D. Perinatal care across the continuum: early discharge and nursing home follow-up. J Perinat Neonatal Nurs. 1995, 9 : 38-44.
- 43) Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. Ups J Med Sci. 2000, 28 : 3289-95.



Annexes

1) Circulaire DHOS/O/n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Partie II	173
2) Objectifs des unités de soins périnatales, exigences en locaux et matériel selon les décrets N° 98-899 et 98-900.....	178
3) Origine par canton des entrées en obstétrique à la maternité de Remiremont en 2002.....	181
4) Article de la presse locale sur la création du service d'hospitalisation à domicile à Gérardmer.....	182
5) Carte du secteur géographique couvert par l'HAD Gérardmer.....	183
6) Convention et règlement intérieur pour la création du service d'hospitalisation à domicile en suites de couches (1992).....	184
7) Brochure présentant le service, informations et règlement donnés aux femmes qui envisagent une sortie en HAD.....	191
8) Dossier HAD, suivi de la maternité vers le service d'HAD pour la mère et l'enfant.....	194
9) Modification du règlement intérieur (2 mai 2002).....	200
10) Questionnaire d'enquête envoyé aux mères ayant bénéficié de l'HAD en 2000 et 2001.....	206
11) Tableau des réponses ouvertes données par les mères interrogées et qui ont répondu au questionnaire de l'étude.....	208

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de l'organisation
Du système de soins

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes
handicapées

A

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence
régionale d'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Direction régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Direction départementale des affaires sanitaires et
sociales
(pour information et diffusion)

OBJET : Circulaire DHOS/O/ n° 44 du 04 Février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

Résumé : L'objet de cette circulaire est de préciser les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général (I) en périnatalité (II) en pédiatrie (III) et en psychiatrie (IV). Ces orientations sont destinées à favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile et s'inscrivent dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération. Les prochains SROS intègrent le développement des alternatives à l'hospitalisation, au moyen d'un volet spécifique.

Mots-clés : médecin traitant, coordination, intensité des soins, formation, hospitalisation complète, réseau, projet thérapeutique, évaluation de la prise en charge, collaborations

Textes de référence : art L.6121.1 et L.6121.2, art. L.6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique modifiés par l'ordonnance du 4 septembre 2003, art. R. 712-2-1 et R. 712-2-3, D. 712-35 à 39 du code de la santé publique - circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile – circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire – circulaire n° DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé.

Partie II : CAHIER DES CHARGES de la prise en charge en HAD en PERINATALITE

I - RÔLE de l'HAD en Périnatalité :

L'HAD a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en offrant à domicile, **à la patiente et à son enfant**, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète. L'HAD met en place une organisation pour faire face, dans les meilleurs délais, aux situations d'urgence au domicile.

Elle s'adresse ainsi aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et autres acteurs tels que les masseurs kinésithérapeutes, et tout autre intervenant.

L'HAD en périnatalité permet d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en coordonnant l'intervention d'acteurs différents, au bénéfice de la patiente et de son enfant.

La structure d'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux qu'ils soient ou non constitués en réseaux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de Protection Maternelle Infantile, et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social.

Elle a également pour rôle de participer à la formation des étudiants sages-femmes mais également des professionnels de ville : sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, infirmiers et médecins libéraux.

L'HAD peut être prescrite lors d'une hospitalisation ou d'une consultation par un médecin libéral ou hospitalier.

Elle est fixée pour une durée limitée, renouvelable, en fonction d'un projet thérapeutique initial, et d'objectifs évalués régulièrement. Cette réévaluation périodique est réalisée par l'équipe médicale et soignante en collaboration avec le médecin prescripteur et le médecin traitant.

II – LES MISSIONS DE L'HAD EN OBSTETRIQUE.

Dans le cadre des missions de soins auprès de la femme et de son enfant, l'HAD contribue également à la prévention et à l'éducation à la santé, notamment en matière d'allaitement.

D'une façon générale, l'état de santé de la mère fonde l'admission en HAD, mais la relation mère-enfant est une dimension qui peut justifier d'une prise en charge en HAD, notamment lorsque la situation sociale et/ou psychologique le justifie.

La prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant est assurée en tenant compte des dispositifs de prise en charge existants et sur la base d'une définition des rôles de chaque intervenant, établissements de santé y compris psychiatriques, HAD, réseaux périnatalité, professionnels de santé libéraux et structures de PMI : l'HAD est un des maillons de cette prise en charge.

Dans le cadre d'une offre de soins complète, l'HAD doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante et le post-partum «pathologique».

Pour autant, en cas de sorties précoces de maternités, de l'inexistence de réseau (de sages-femmes libérales ou de sages-femmes de PMI) ou de sages-femmes libérales en capacité de prendre en charge les patientes et leur enfant au domicile, le recours à l'HAD peut ne pas être limité aux seules prises en charges pathologiques.

L'HAD peut également être mise en place dans l'attente d'une prise en charge-relais (ex : sage-femme de PMI).

A - En ANTE PARTUM, l'ensemble des indications ci-dessous développées, suppose une charge en soins correspondant au moins à **trois visites à domicile par semaine**, d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les indications d'une prise en charge en HAD sont des :

- pathologies associées non équilibrées ou en cours (ex : diabète, HTA)
- menaces d'accouchement prématuré
- grossesses multiples, placenta praevia asymptomatique
- antécédents de fausse couches à répétition ou antécédents de mort in utero
- antécédents pathologiques non obstétricaux nécessitant une surveillance adéquate
- retards de croissance intra-utérin
- nécessités d'un soutien psychologique et/ou social
- suivis para-cliniques (examens biologiques, monitoring, surveillance tensionnelle...) nécessitant un rythme de passages de professionnels de santé difficilement compatible avec une prise en charge exclusivement libérale.

L'HAD doit travailler en partenariat avec les secteurs de psychiatrie :

- lorsque qu'une pathologie psychiatrique est repérée au cours de la prise en charge,
- lorsqu'il s'agit d'une patiente ayant une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée.

B - En POST PARTUM pathologique, les indications supposent une charge en soins correspondant **au moins, à une visite quotidienne** d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les pathologies maternelles et la relation parents-enfants doivent être considérées, en fonction des critères suivants :

Pathologies maternelles :

- accouchements par césarienne nécessitant des soins
- problèmes de cicatrisation (paroi, épisiotomie compliquée, thrombose, hématome)
- pathologies infectieuses et pathologies à risques de « compliquer » le post-partum, pathologies vasculaires systémiques
- risques de dépression maternelle
- risques de décompensation d'un problème psychopathologique connu
- grossesses pathologiques déjà prises en charge en ante-partum par l'HAD

Ces pathologies relèvent d'une prise en charge en HAD d'autant qu'elles sont associées à des difficultés psychologiques et/ou sociales.

Relation mère-enfant

- mère ayant eu une grossesse multiple et nécessitant des conseils en puériculture
- accompagnement de l'allaitement en cas de difficulté de mise en place, et en l'absence de structure ou professionnel de santé notamment libéral permettant de le prendre en charge
- difficultés psychologiques et/ou sociales notamment en lien, ou attente de lien, avec la PMI.

Surveillance pédiatrique

- surveillance d'un ictère néo-natal
- sortie d'enfant qui n'a pas repris son poids de naissance, ou surveillance d'une courbe pondérale

III – LES MISSIONS DE L'HAD à la suite d'une hospitalisation en néonatalogie.

La sortie des prématurés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile est possible dans de bonnes conditions de sécurité. Elle suppose qu'une évaluation psychologique et sociale soit réalisée par le service de néonatalogie en lien notamment avec l'équipe de coordination de l'HAD.

Pour assurer une prise en charge des enfants sortant des services de néonatalogie, l'équipe de l'HAD comprend :

- un médecin-coordonateur, de préférence pédiatre,
- des puéricultrices,
- une psychologue
- une assistante sociale.

Elle peut comprendre également des auxiliaires de puériculture et des assistantes maternelles.

Un (ou plusieurs) membre(s) de l'équipe d'HAD, particulièrement le médecin-coordonnateur, travaille(nt) en collaboration étroite avec les services de néonatalogie, et en fonction des indications, avec les services de psychiatrie infantile ou générale afin d'organiser le relais de la prise en charge. Par ailleurs, cette équipe travaille conjointement avec un médecin libéral référent pour chaque enfant (pédiatre si possible, ou médecin généraliste) et en partenariat avec l'équipe hospitalière de pédiatrie, en mettant notamment en œuvre un système de communication adapté.

Pour l'enfant, **les conditions actuelles** pour une prise en charge en HAD sont :

- un âge corrigé d'au moins 36 semaines
- un poids minimum de 1800g
- une absence d'apnées et de bradychardies depuis plus de 5 à 7 jours
- une courbe pondérale régulièrement ascendante depuis plusieurs jours ainsi qu'une bonne prise des biberons.

L'HAD peut aussi être indiquée dans le cadre d'une adaptation au domicile après une hospitalisation très longue de grands prématurés.

Les autres indications de l'HAD en néonatalogie peuvent être :

1. Traitements anti-infectieux par voie parentérale.

PAR EXEMPLE

- fin de traitement au domicile d'une infection materno-fœtale pour un nouveau-né à terme
- traitement d'une infection urinaire apparue dans le premier mois de vie et en relais d'un début de traitement en hospitalisation

2. Surveillance d'un traitement donné per os, indiqué dans le cadre de pathologie à risque de conséquences majeures, et en particulier quand des difficultés d'observance sont à craindre.

PAR EXEMPLE

- surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un malaise vagal associé éventuellement à une surveillance par holter
- surveillance d'un traitement par caféine dans le cadre d'apnées du sommeil
- surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un reflux gastro-oesophagien important et à risque de conséquences majeures
- mise en route et surveillance d'un traitement antirétroviral dans le cas de nouveau-nés infectés par le VIH
- traitement antirétroviral donné en prévention de la transmission materno-fœtale du VIH

3. Prises en charge respiratoires de type oxygénothérapie, aérosol, kinésithérapie, avec nécessité de surveillance régulière

PAR EXEMPLE

- bronchodysplasies nécessitant une oxygénothérapie au domicile
- poursuite du traitement d'une bronchiolite apparue lors du premier mois de vie

4. Soins spécifiques de la sphère digestive (stomies, nutrition entérale)

PAR EXEMPLE

- syndrome malformatif complexe type Pierre Robin
- maladie de Hirschprung
- autres pathologies

5. Surveillance d'un nouveau-né au domicile avec éducation de la famille et soutien psychologique si nécessaire.

PAR EXEMPLE :

- sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes
- retour au domicile en cas de grossesse multiple
- contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique

6. Aide à la parentalité

PAR EXEMPLE

- Notion de situation à risque de maltraitance
- Très jeune âge de la mère
- Conduites addictives

Cette liste n'est pas exhaustive et sera complétée en fonction de l'évolution des technologies, des connaissances médicales, thérapeutiques et des savoir-faire en HAD.

Objectifs des unités de soins périnataux.

Décret N° 98 - 899 et 900 définissant les objectifs des unités de soins périnataux, et les exigences en locaux et personnel.

Unité d'obstétrique

- Surveillance de la grossesse et dépistage de facteurs de risque pour la mère et l'enfant
- Accouchements et gestes de chirurgie abdomino-pelvienne 24 heures / 24
- Unité de réanimation adulte sur le même site ou en lien conventionnel
- Soins post-natals aux mères et aux nouveau-nés
- Organisation d'un transfert éventuel

Unité de néonatalogie

- Surveillance et soins spécialisés aux nouveau-nés à risque et à ceux dont l'état s'est dégradé secondairement, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'établissement
- Unité individualisée ou secteur séparé au sein d'une unité de pédiatrie $\pm$ secteur de soins intensifs pour les nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation
- Organisation d'un transfert éventuel

Unité de réanimation néonatale

- Surveillance et soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'établissement
- Doit être associé à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site

Les exigences en personnel et en locaux

Décrets N° 98 - 899 et 900 définissant les objectifs des unités de soins périnataux, et les exigences en locaux et personnel.

Unité d'obstétrique, secteur post-natal

Locaux

- Chambres d'hébergement mère – enfant (dont 80% de chambres individuelles) avec bloc sanitaire particulier
- Salle d'observation et de soins immédiats pour les nouveau-nés, pour la mise en condition et pour la préparation d'un éventuel transfert
- Un local par étage permettant le regroupement des enfants bien portant doit pouvoir accueillir au minimum la moitié des nouveau-nés présents la nuit et permettre leur surveillance
- Soins de puériculture dans la chambre des mères (espace spécialement aménagé) ou dans un local commun
- Secteur affecté à l'alimentation des nouveau-nés (éventuellement commun aux différentes unités néonatales sur le même site)
- Salle de détente pour les mères (non précisée dans le décret, mais souhaitable, car lieu de rencontre, d'échange et d'informations)

Personnel

- Il faut au minimum par secteur :
 - * le jour : une sage-femme, une aide-soignante et une auxiliaire de puériculture
 - * la nuit : une sage-femme ou une infirmière et une auxiliaire de puériculture
- Obstétricien, pédiatre, anesthésiste – réanimateur : tous les jours, y compris en urgence
- Psychologue, pédopsychiatre (à disposition)

Soins de courte durée aux nouveau-nés dans l'unité d'obstétrique

Locaux et personnel

- Local de regroupement pour les soins et la surveillance, différent du local pour les nouveau-nés sains
- Pédiatre disponible sur appel 24 heures / 24
- Sage-femme, puéricultrice ou infirmière expérimentée en néonatalogie présentent auprès de ces enfants 24 heures / 24

Les exigences en personnel et en locaux (suite)

Décrets N° 98 - 899 et 900 définissant les objectifs des unités de soins périnataux, et les exigences en locaux et personnel.

Unité de néonatalogie

Locaux

- Pièce d'accueil des parents
- Secteur de surveillance et de soins des nouveau-nés avec zone de préparation avant transfert
- Possibilité d'effectuer les soins et la surveillance dans la chambre de la mère : lits compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie

Personnel

- Médical :

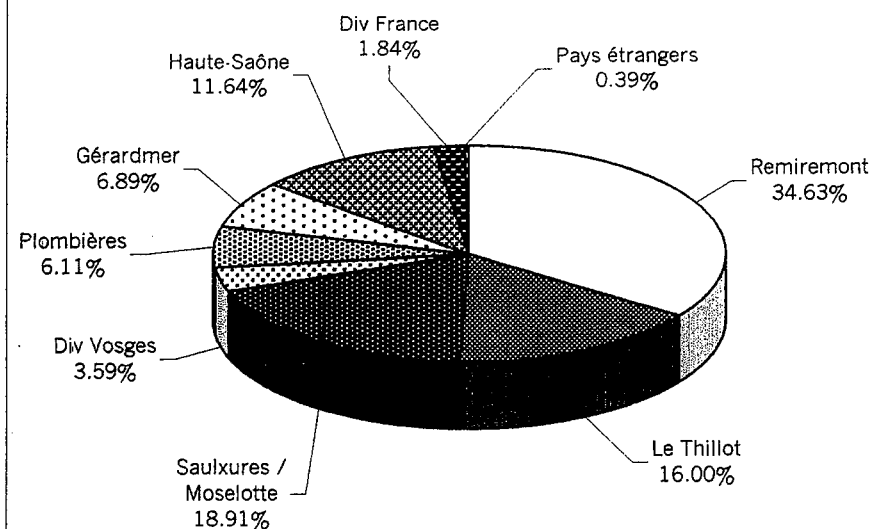
- * Le jour : un pédiatre au minimum, expérimenté en néonatalogie
- * La nuit : un pédiatre expérimenté en néonatalogie présent ou en astreinte opérationnelle

- Paramédical :

- * Une puéricultrice ou une infirmière expérimentée en néonatalogie en présence continue 24 heures / 24
- * Affectée exclusivement à l'unité néonatale
- * Au moins une pour 6 lits de nouveau-nés

ORIGINE PAR CANTON DES ENTREES DIRECTES D'OBSTETRIQUE EN 2002

Origines	Nb patients	%	% cantons
Remiremont	114	11.06%	34.63%
St Etienne les Rt	43	4.17%	
St Nabord	36	3.49%	
St Amé	27	2.62%	
Eloyes	36	3.49%	
Dommartin les Rt	18	1.75%	
Vecoux	10	0.97%	
Raon aux Bois	3	0.29%	
Le Syndicat	28	2.72%	
Le Tholy	15	1.45%	
Cleurie	9	0.87%	
La Forge	5	0.48%	
Jarménil	4	0.39%	
Pouxoux	8	0.78%	
Tendon	1	0.10%	
Le Thillot	38	3.69%	16.00%
Rupt / Moselle	42	4.07%	
Ramonchamp	28	2.72%	
Fresse / Moselle	24	2.33%	
St Maurice / Moselle	5	0.48%	
Le Ménil	2	0.19%	
Bussang	11	1.07%	
Ferdrupt	15	1.45%	
Saulxures / Moselotte	22	2.13%	18.91%
La Bresse	52	5.04%	
Vagney	34	3.30%	
Cornimont	49	4.75%	
Gerbamont	1	0.10%	
Ventron	10	0.97%	
Basse sur le Rupt	11	1.07%	
Rochesson	8	0.78%	
Thiéfosse	4	0.39%	
Sapois	4	0.39%	
Plombières	18	1.75%	6.11%
Le Val d'Ajol	40	3.88%	
Bellefontaine	5	0.48%	
Gerardmer	67	6.50%	6.89%
Liézey	2	0.19%	
Xonrupt-Longemer	2	0.19%	
Divers "Vosges"	37	3.59%	3.59%
70 "Haute-Saône"	120	11.64%	11.64%
dont Fougerolles	16	1.55%	
Divers France (hors 88)	19	1.84%	1.84%
Pays étrangers	4	0.39%	0.39%
Total	1 031	100.00%	100.00%



Hospitalisation à domicile Une première régionale à Gérardmer

Pour pallier la carence de maternité à Gérardmer, une coopération interhospitalière vient de mettre au point une formule originale et inédite : l'hospitalisation à domicile.

Fin 90, la maternité de Gérardmer fermait ses portes. Rentabilité insuffisante en regard du plancher fixé par la DRASS. Les futures mamans devaient se retourner vers les centres hospitaliers de Saint-Dié, Epinal ou Remiremont. Devant cet état de fait, les centres hospitaliers de Gérardmer et Remiremont mettaient au point une convention qui régit un service d'hospitalisation à domicile. Une première dans la région et un modèle de coopération interhospitalière. Le service fonctionne depuis le 2 mars dernier, une douzaine de patientes en ont jusqu'à présent bénéficié. Leur nombre va en croissant et petit-à-petit la formule fait ses preuves. Deux jours après l'accouchement, la maman a la possibilité de rentrer chez elle. Trois sages-femmes du CH de Gérardmer, Mmes Martin, Lausecker et Mougel assurent alors une visite dite quotidienne. En outre, une aide-ménagère vient compléter aux menus travaux domestiques. Comme à la maternité le matériel et la pharmacie sont pris en charge. En permanence le CH de Remiremont pratique la surveillance médicale à distance en liaison avec le médecin traitant. Ce dernier passé le délai en vigueur procède à la visite du 7^e jour.



Le service s'est doté d'un véhicule pour les visites à domicile

Suivi médical avant l'accouchement

Installé dans les locaux de l'ancienne maternité de Gérardmer entièrement rénovée, le service HAD assure également le suivi médical avant l'accouchement. Un médecin du CH de Remiremont consulte ainsi une fois par semaine. Une salle d'attente et de cours, une chambre de détente, un local technique et une salle de consultation, tout est prévu pour que les patientes restent sur place. Le cas des grossesses à risque n'a pas été négligé puisque fonctionne un appareil de monitoring relié par télécopie à Remiremont. Seules conditions pour bénéficier de l'HAD, être affilié à la Sécurité Sociale, accoucher

au CH de Remiremont et résider dans la zone stipulée par la convention ; canton de Gérardmer, Corcieux, Granges, vallées de la Pleurie, de la Moselotte, Sapois, Gerbamont, Rochesson, Basse-sur-le-Rupt. Cette zone, si l'expérience est concluante, ne demande qu'à être étendue dans une limite raisonnable de 50 à 60 patientes par an. Ceci dit, MM. Tourez (directeur du CH de Gérardmer), Chopin (directeur du CH de Remiremont), Henry (chef du service maternité de Remiremont), Duluc (chef du service de pédiatrie à Remiremont) ont bien conscience qu'avant d'aller plus avant ce service novateur doit tout d'abord prouver son efficacité.



CONVENTION

Entre le Centre Hospitalier de **GERARDMER** et le
Centre Hospitalier Général de **REMIREMONT**
pour la création d'un
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE PRE ET POST PARTUM

ENTRE

Monsieur Alain **TOUREZ**, Directeur du Centre Hospitalier de GERARDMER,
agissant en vertu des dispositions de la loi n° 91.748 du 31 Juillet 1991 et notamment
l'article L.714.12 du Code de la Santé Publique.

VU la délibération n° .../91 du ...	du Comité Technique Paritaire
VU la délibération n° .../91 du ...	de la Commission Médicale d'Etablissement
VU la délibération n° .../91 du ...	du Conseil d'Administration approuvée par Monsieur le Préfet des Vosges en date du ...

ET

Monsieur Jean-Marie **CHOPIN**, Directeur du Centre Hospitalier Général de
REMIREMONT agissant en vertu des dispositions de la loi n° 91.748 du 31 Juillet 1991 et
notamment l'article L.714.12 du Code de la Santé Publique.

VU la délibération n° .../91 du ...	du Comité Technique Paritaire
VU la délibération n° .../91 du ...	de la Commission Médicale d'Etablissement
VU la délibération n° .../91 du ...	du Conseil d'Administration approuvée par Monsieur le Préfet des Vosges en date du ...

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1er : **Objet de la convention**

La présente convention a pour objet la création d'un service d'hospitalisation à domicile d'une capacité de 5 lits pour les sorties pré et post partum des parturientes relevant de la zone géographique définie à l'article 6 et ayant accouché à la Maternité de REMIREMONT.

Cette convention a pour objet également l'organisation de consultations avancées de spécialistes en Gynécologie-Obstétrique par des Praticiens Hospitaliers du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT dans des locaux mis à disposition par le Centre Hospitalier de GERARDMER.

L'activité du service d'hospitalisation à domicile pourra être ultérieurement étendue au suivi des grossesses à risque.

Article 2 : Définition juridique

Le service d'hospitalisation à domicile est un service du Centre Hospitalier de GERARDMER et fera l'objet d'un budget annexe.

Les dépenses d'équipements, de matériels et les véhicules nécessaires au fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile seront imputées sur la section d'investissement du Centre Hospitalier de GERARDMER.

Article 3 : Chefferie de service

La responsabilité du fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile est confiée au Chef de service de la Maternité de REMIREMONT. L'organisation du service relève de la compétence de la sage-femme surveillante-chef de la maternité de REMIREMONT.

Article 4 : Responsabilité civile

Tous les actes effectués au bénéfice des personnes admises dans le service d'hospitalisation à domicile relèveront de la responsabilité civile du Centre Hospitalier de GERARDMER.

Article 5 : Responsabilité médicale

La responsabilité médicale du service d'hospitalisation à domicile est assurée conjointement par le Chef de service et les Praticiens Hospitaliers des services de maternité et de pédiatrie du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

Article 6 : Définition du secteur géographique

Communes de :

GERARDMER, XONRUPT-LONGEMER, LIEZEY, CORCIEUX, GRANGES

Vallée de la CLEURIE : LE THOLY, LA FORGE, CLEURIE, SAINT-AME, LE SYNDICAT

Vallée de la MOSELOTTE : VAGNEY, THIEFOSSE, SAULXURES-SUR-MOSELOTTE, CORNIMONT, LABRESSE

SAPOIS, GERBAMONT, ROCHESSON, BASSE-DE-RUPT

Article 7 : Obligations du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT

Le Centre Hospitalier Général de REMIREMONT s'engage à mettre à la disposition du service d'hospitalisation à domicile pour son fonctionnement médical des Praticiens Hospitaliers obstétriciens et pédiatres dans les conditions définies au règlement intérieur annexé à la présente convention.

Seul le temps d'obstétricien fera l'objet d'une facturation au Centre Hospitalier de GERARDMER dans les conditions prévues à l'article 8.

Article 8 : Obligations du Centre Hospitalier de GERARDMER

Le Centre Hospitalier de GERARDMER met à la disposition du service, le personnel et les locaux nécessaires à son bon fonctionnement.

En contrepartie des dispositions prévues à l'article 7, il s'engage à rembourser au Centre Hospitalier Général de REMIREMONT le temps médical consacré au bon fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile pour l'exercice budgétaire 1991.

Ce remboursement est calculé sur la base des 2/5e de la rémunération d'un Praticien Hospitalier temps plein au 6° échelon (charges et gardes comprises) et fera l'objet d'une réévaluation chaque année en fonction du taux directeur applicable aux personnels médicaux.

Cette somme sera réglée semestriellement.

Pour l'année 1991, cette somme sera calculée au prorata temporis à compter de la date de démarrage du service d'hospitalisation à domicile.

Article 9 : Personnel

Le personnel du service d'hospitalisation à domicile relève, pour sa gestion, de l'autorité du Directeur du Centre Hospitalier de GERARDMER.

Pour les actes effectués dans le cadre de l'activité du service d'hospitalisation à domicile, les agents relèvent de la responsabilité du Chef de service et des Praticiens de la Maternité du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

Les moyens en personnel du service d'hospitalisation à domicile sont définis ainsi qu'il suit :

- temps médical : 40 % d'un temps de praticien hospitalier
- sages-femmes : 3 postes + les crédits nécessaires à des remplacements en cas d'absentéisme
- des moyens financiers seront également prévus pour rémunérer un temps d'aide-ménagère qui sera défini ultérieurement en fonction de l'activité du service.

Les deux établissements assureront chacun en ce qui le concerne le remplacement des sages-femmes dans leurs services respectifs.

.../...

Article 10 : Règlement intérieur

Un règlement intérieur annexé à la présente convention est accepté sans réserve par les deux parties signataires.

Ce règlement intérieur pourra faire l'objet de modification par avenant.

Article 11 : Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une période de 1 an, renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les mêmes conditions que sa création (avis des organismes consultatifs et délibération de l'Assemblée délibérante de chaque établissement) et dans un délai de 3 mois par lettre recommandée avec accusé réception.

Elle pourra faire l'objet de modification par avenant dans les mêmes formes que la présente convention.

La présente convention ne sera applicable qu'après approbation de Monsieur le Préfet du Département des Vosges.

GERARDMER, le

Le Directeur du
Centre Hospitalier Général de
REMIREMONT,

Le Directeur du
Centre Hospitalier de
GERARDMER,

J.M. CHOPIN

A. TOUREZ

REGLEMENT INTERIEUR

Entre le Centre Hospitalier de **GERARDMER** et le
Centre Hospitalier Général de **REMIREMONT**
pour la création d'un

SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE PRE ET POST PARTUM

Préambule

Les parties signataires s'engagent à favoriser le fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile en informant en particulier les parturientes relevant du secteur géographique défini à l'article 6 de la convention, de la possibilité, pour les femmes qui le souhaitent, de pouvoir bénéficier de ce service et de rentrer à leur domicile en bénéficiant d'une surveillance définie dans les conditions ci-après.

Article 1 :

Les parturientes qui le souhaiteront auront la possibilité, 3 jours après l'accouchement, de rentrer à leur domicile et de bénéficier de la visite quotidienne d'une sage-femme pendant 4 jours.

Cette sage-femme assurera la surveillance médicale mère-enfant, en relation étroite avec l'équipe du service de Gynécologie-Obstétrique et du service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

Article 2 :

Pour pouvoir bénéficier de ce service, les conditions suivantes devront être remplies :

- il n'existe pas de contre-indications médicales pour la mère et pour l'enfant
- la mère bénéficie d'une couverture sociale pour pouvoir être prise en charge
- la mère réside dans la zone desservie par le service d'hospitalisation à domicile.

Article 3 :

Les Praticiens du service de Gynécologie-Obstétrique assureront, une fois par semaine, une consultation avancée dans les locaux mis à leur disposition par le Centre Hospitalier de GERARDMER.

Article 4 :

Les sages-femmes du service d'hospitalisation à domicile assureront, en liaison étroite avec les sages-femmes du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT la préparation à l'accouchement.

.../...

Un temps de préparation se déroulera dans les locaux du Centre Hospitalier de GERARDMER ; un temps de préparation se déroulera dans les locaux du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

Article 5 :

Les sages-femmes du service d'hospitalisation à domicile assureront, en priorité, les soins aux personnes suivies par le service d'hospitalisation à domicile.

Si l'activité est insuffisante pour les occuper, ces personnels travailleront au sein de la Maternité du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

La décision sera prise conjointement par les Directeurs des deux Etablissements sur proposition du Médecin responsable du service d'hospitalisation à domicile et en accord avec la sage-femme surveillante-chef de la maternité de REMIREMONT.

En tout état de cause, et nonobstant le paragraphe précédent, une période minimum de 4 semaines par an sera consacrée à la formation et au recyclage des sages-femmes au sein de la maternité de REMIREMONT.

Article 6 :

Le Service Social du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT apportera son concours, en liaison avec les assistantes sociales du secteur, au bon fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile.

Article 7 :

La visite de sortie du 7ème jour sera assurée par un Médecin généraliste choisi librement par la personne bénéficiaire du service d'hospitalisation à domicile.

Article 8 :

Une fois par semaine, le personnel du service d'hospitalisation à domicile participera à une réunion des équipes des services de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT.

Pour assurer la sécurité du service, est mise en place une garde 24 H/24, fonctionnant comme suit :

1/ Service d'hospitalisation à domicile : Tél. 29.60.29.60
(Centre Hospitalier de GERARDMER)

Tous les jours de la semaine, y compris les dimanches et jours fériés
de 8 H à 18 H.

2/ Médecin traitant ou médecin de garde :

En dehors des heures d'ouverture du S. H. A. D. et en cas d'urgence

.../...

189

3/ Maternité de REMIREMONT :

Tél. 29.23.41.41 - poste 3060 (Bloc de la Maternité)

Tél. 29.23.41.73 (Néonatalogie)

En dehors des heures d'ouverture du S. H. A. D. et en cas d'urgence

4/ S.M.U.R. de REMIREMONT : Tél. 15

En dehors des heures d'ouverture du S. H. A. D. et en cas d'urgence

Article 9 :

Le budget annexe du service d'hospitalisation à domicile devra prendre en compte l'ensemble des frais nécessaires à son fonctionnement, et notamment :

- les frais de personnel
- les frais de déplacement
- les frais de formation continue
- les frais de liaison (téléphone, télécopie etc...)
- les frais divers de gestion
- l'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques (y compris la visite médicale du 7^e jour)

GERARDMER, le

Le Directeur du
Centre Hospitalier Général de
REMIREMONT,

J.M. CHOPIN

Le Directeur du
Centre Hospitalier de
GERARDMER,

A. TOUREZ



CENTRE PERINATAL de PROXIMITE
de
GERARDMER



- ♦ *Consultations prénatales*
- ♦ *Consultations spécialisées*
- ♦ *Cours de préparation à la naissance*
- ♦ *Cours de préparation en piscine*
- ♦ *Hospitalisation à domicile pré et post-maternité*
- ♦ *Rééducation périnéale*

**22, boulevard Kelsch
88400 GERARDMER**

Pendant la grossesse

- Consultation prénatale : assurée par les sages-femmes, sur rendez-vous.
- Cours de préparation à la naissance : les jeudis de 14 h à 16 h, l'inscription se faisant à partir du 6^{me} mois auprès des sages-femmes.
- Cours de préparation en piscine : les mardis de 17 h à 18 h, après inscription auprès des sages-femmes (certificat médical obligatoire).
- Monitorings : ils permettent la surveillance de l'activité utérine et du rythme cardiaque fœtal. Ils se font au service, ou peuvent être effectués à domicile, sur prescription médicale.

Hospitalisation à domicile

Elle peut vous être proposée par votre gynéco-obstétricien afin d'éviter l'hospitalisation ou d'en raccourcir sa durée.

Une sage-femme de l'équipe du Centre Périnatal de Proximité (C.P.P.) se rendra à votre domicile, mettant ses compétences à votre service.

Vous avez la possibilité de bénéficier d'une aide familiale.



Après l'accouchement



Si vous le souhaitez, le retour à la maison peut être précoce : 3 jours après l'accouchement (prolongé à 5 jours en cas de césarienne).

Les sages-femmes du service du C.P.P. viennent chaque jour, pendant quatre jours, vous assister pour la toilette du bébé, l'allaitement, les soins, mettant à votre disposition tout le matériel dont vous avez besoin (pèse bébé, couches, biberon, compresses...).

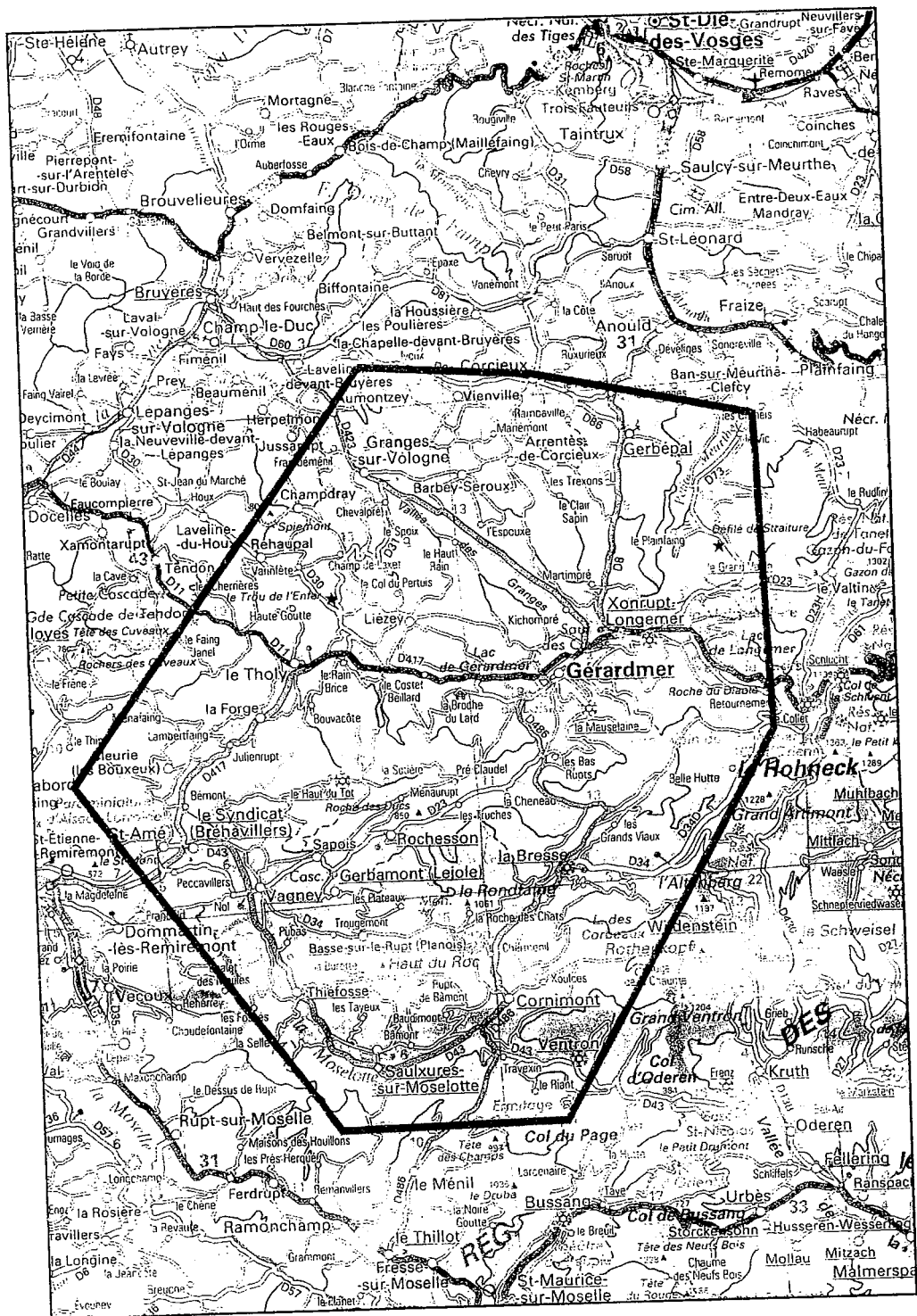
Cette surveillance s'effectue sous la responsabilité médicale de l'équipe obstétrico-pédiatrique du lieu d'accouchement et en relation avec votre médecin traitant.

Une aide-ménagère vous est proposée gratuitement 2 h/j (dans la limite de 8 heures) en fonction de vos besoins.

Des séances de rééducation périnéale sont également assurées par les sages-femmes du C.P.P. sur rendez-vous et sur prescription médicale.

Pour tous renseignements, veuillez vous adresser :

- Aux sages-femmes du Centre Périnatal de Proximité : 03 29 60 29 45
- Au secrétariat médical du Centre Hospitalier de Gérardmer : 03 29 60 29 11



imp. marchal gérardmer

CENTRE PERINATAL DE PROXIMITE

Dossier suites de couches

Etiquette d'identification

Accouchement le :

Entrée N°

CENTRE PERINATAL DE PROXIMITE GERARDMER

Suites de couches à domicile

N° de dossier :

Nom :		Prénom :		Nom J. fille :		
Date naissance :		Profession :				
Conjoint :		Date naissance :		Profession :		
Adresse :				Tél. :		
<u>Antécédents médicaux</u>		<u>Antécédents chirurgicaux</u>		<u>Antécédents familiaux</u>		
GS : RAI : TOXO : RUB. : HIV. HBS : BW :						
<u>Passé obstétrical</u>						
N°						
<u>Prénom :</u>	<u>Année :</u>	<u>Terme :</u>	<u>Poids N.</u>	<u>Mode accht</u>	<u>Allt</u>	<u>Obs. médicales</u>
<u>Déroulement de la grossesse :</u>						
Gest. :		Parité :		TP :		Date acct : Heure :
<u>Déroulement Travail - accouchement :</u>						
- Aide à l'expulsion :			- Délivrance :			
- Péri/AG :			- Allaitement :			
- Episiotomie/Suture :			- Divers :			
<u>Enfant</u>		Nom :		Prénom :		
- Apgar :		- GS		- lait :		
- Poids		- PC		Traitement :		

Pédiatre	<u>ENFANT</u>	Sage-Femme	<u>MERE</u>
1er jour :		1er jour :	
2ème jour :		2ème jour :	
3ème jour :		3ème jour :	
Consignes particulières :		Consignes particulières :	
Guthrie le :			

<u>Entrée HAD le :</u>	<u>Entrée HAD le :</u>
Selles :	Seins :
Urines :	Utérus :
Ombilic :	Lochies :
Bain :	Périnée :
Alimentation :	Jambes :
Température :	Urines :
Examens	Transit :
Poids :	Tension artérielle :
	Traitement :

ENFANT

JOUR 1	JOUR 1
Ex. du Nouveau né date : Aspect Fontanelle Cavité buccale Clavicules Foie Rate Fosses Lombaires Omilic Génital Anus Hanches Pieds Tonus Moro Préhension Redressement Cœur Poumons	T° Selles Urines Omilic Bain Alimentation Ictère Poids Examens-Traitements
JOUR 2	JOUR 3
T° Selles Urines Omilic Bain Alimentation Ictère Poids Examens-Traitements	T° Selles Urines Omilic Bain Alimentation Ictère Poids Examens-Traitements
REPRISE ET SORTIE J4 DATE	JOUR 4
Aspect Peau Fontanelle Cavité buccale Foie Rate Fosses Lombaires Omilic Génital Anus Hanches Pieds Tonus Préhension Redressement Cœur Poumons symbiose Mère Enfant :	T° Selles Urines Omilic Bain Alimentation Ictère Poids 8ème jour/Docteur : Ordonnance :

MERE

JOUR 1	JOUR 2
ETAT GÉNÉRAL DOULEUR SOMMEIL SEINS UTÉRUS LOCHIES CIRCULATION CICATRISATION MICTIONS TRANSIT T° TA CONTACT TÉLÉPHONE	ETAT GÉNÉRAL DOULEUR SOMMEIL SEINS UTÉRUS LOCHIES CIRCULATION CICATRISATION MICTIONS TRANSIT T° TA CONTACT TÉLÉPHONE
JOUR 3	JOUR 4
ETAT GÉNÉRAL DOULEUR SOMMEIL SEINS UTÉRUS LOCHIES CIRCULATION CICATRISATION MICTIONS TRANSIT T° TA CONTACT TÉLÉPHONE	ETAT GÉNÉRAL DOULEUR SOMMEIL SEINS UTÉRUS LOCHIES CIRCULATION CICATRISATION MICTIONS TRANSIT T° TA CONTACT TÉLÉPHONE
EXAMEN DE SORTIE	DATE
COL LOCHIES UTÉRUS SEINS CICATRISATION TESTING	ALLAITEMENT CONSEIL ALLAITEMENT CONSEIL SEVRAGE INFO CONTRACEPTION RÉÉDUCATION PÉRINÉALE CONSEILLÉE VISITE POST NATALE PAR LE DR SUIVI DE L'ENFANT PAR LE DR SUIVI PMI MÉDECIN TRAITANT ORDONNANCE SÉROLOGIE TOXO DANS 1 MOIS

HEURES DE GARDE CPP DE GERARDMER

POUR TOUTES URGENCES FAITES LE 15

CENTRE HOSPITALIER DE GERARDMER

de 8 h 30 à 12 h 00 et de 13 h 30 à 17 h 30

BUREAU DES SAGES FEMMES

Tél. 03.29.60.29.45

Mme CROUVEZIER Brigitte

Mme HEIM Laurence

Mme LAUSECKER M.Pierre

Standard

Tél. 03.29.60.29.60

Secrétariat Médical

Tél. 03.29.60.29.11

7 JOURS / 7 JOURS

CENTRE HOSPITALIER J. MONNET EPINAL	CLINIQUE LA LIGNE BLEUE EPINAL	CENTRE HOSPITALIER SAINT CHARLES SAINT DIE	CENTRE HOSPITALIER REMIREMONT
Tél. 03.29.68.70.00. Poste : 6130 ou : 7113	Tél. 03.29.68.63.63.	Tél. 03.29.52.83.00. <u>Maternité</u> 03.29.52.83.11.	<u>Maternité Bloc</u> 03.29.23.41.41. Poste : 4065 <u>Pédiatrie Néonatalogie</u> 03.29.23.41.73.



REGLEMENT INTERIEUR

Entre le Centre Hospitalier de GERARDMER et le Centre Hospitalier de REMIREMONT

Relatif au

CENTRE PERINATAL DE PROXIMITE (C.C.P)

Préambule :

Les parties signataires s'engagent à favoriser le fonctionnement du Centre Périnatal de Proximité en informant en particulier les parturientes relevant du secteur géographique défini à l'article 6 de la convention, de la possibilité, pour les femmes qui le souhaitent, de pouvoir bénéficier de ce service et de rentrer à leur domicile en bénéficiant d'une surveillance définie dans les conditions ci-après.

Article 1 :

Les parturientes qui le souhaiteront auront la possibilité, 3 jours après l'accouchement, de rentrer à leur domicile et de bénéficier de la visite quotidienne d'une sage-femme pendant 4 jours.

Cette sage-femme assurera la surveillance médicale mère-enfant, en relation étroite avec l'équipe du service de Gynécologie-Obstétrique et du service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de REMIREMONT.

Article 2 :

Pour pouvoir bénéficier de ce service, les conditions suivantes devront être remplies :

- ✓ Il n'existe pas de contre-indications médicales pour la mère et pour l'enfant.
- ✓ La mère bénéficie d'une couverture sociale pour pouvoir être prise en charge.
- ✓ La mère réside dans la zone desservie par le Centre Périnatal de Proximité.

Article 3 (complété) :

Les praticiens du service de Gynécologie-Obstétrique assureront, une fois par semaine, une consultation avancée dans les locaux mis à leur disposition par le Centre Hospitalier de GERARDMER. Pour le bon fonctionnement du service, le planning des consultations sera établi en concertation entre les deux établissements.

Article 4 (modifié) :

Les sages-femmes du Centre Périnatal de Proximité assurent la préparation à l'accouchement dans leurs locaux.

Article 5 :

Les sages-femmes du Centre Périnatal de Proximité assureront en priorité, les soins aux personnes suivies par le Centre Périnatal de Proximité.

Si l'activité est insuffisante pour les occuper, ces personnels travailleront au sein de la maternité du Centre Hospitalier de REMIREMONT.

La décision sera prise conjointement par les Directeurs des deux Etablissements sur proposition du Médecin responsable du Centre Périnatal de Proximité et en accord avec la sage-femme surveillante-chef de la maternité de REMIREMONT.

En tout état de cause et nonobstant le paragraphe précédent, une période minimum de 4 semaines par an sera consacrée à la formation et au recyclage des sages-femmes au sein de la maternité de REMIREMONT.

Article 6 (modifié) :

Le Service Social du Centre Hospitalier de REMIREMONT apportera son concours, en liaison avec les assistantes sociales du secteur, au bon fonctionnement du Centre Périnatal de Proximité. Le Centre Périnatal de Proximité peut travailler en relation directe avec l'assistante sociale du Centre Hospitalier de GERARDMER.

Article 7 (modifié) :

La visite du 8^{ème} jour sera assurée par un médecin généraliste choisi librement par la personne bénéficiaire du Centre Périnatal de Proximité.

Article 8 (modifié) :

Article 8 (modifié) :

Pour assurer la sécurité du service, est mise en place une garde 24 H/24, fonctionnant comme suit :

1. **Centre Périnatal de Proximité de Gérardmer** – Tél. : 03.29.60.29.45
Centre Hospitalier de Gérardmer
Du Lundi au Vendredi : 8 h 30 – 12 h 00/13 h 30 – 17 h 30. (sauf urgences).
Week-end et jours fériés (sauf urgences) : standard : 03.29.60.29.60
2. **Médecin traitant ou médecin de garde** :
en dehors des heures d'ouverture du Centre Périnatal de Proximité et en cas d'urgence.
3. **Maternité de REMIREMONT** :
Tél. 03.29.23.41.41 – Poste 4065 (Bloc de la maternité)
Tél. 03.29.23.41.73 (Néonatalogie)

En dehors des heures d'ouverture du Centre Périnatal de Proximité et en cas d'urgence
Du lundi au Vendredi : de 12h00 à 13h30 et de 17h30 à 08h30
4. **SAMU – Centre 15** -
Tel. : 15
En dehors de heures d'ouverture du Centre Périnatal de Proximité et en cas d'urgence.

Article 9 (modifié) :

Le budget annexe du Centre Périnatal de Proximité devra prendre en compte l'ensemble des frais nécessaires à son fonctionnement, et notamment :

- ✓ Les frais de personnel.
- ✓ Les frais de déplacement.
- ✓ Les frais de formation continue.
- ✓ Les frais de liaison (téléphone, télécopie etc.....).
- ✓ Les frais divers de gestion.
- ✓ L'ensemble des frais médicaux et pharmaceutiques (y compris la visite médicale du 8 ème jour).

Article 10 :

Le Centre Hospitalier de REMIREMONT s'engage à diffuser aux sages-femmes du Centre Périnatal de Proximité toutes les actions de formation. En cas d'inscription à ces formations, les frais seront pris en charge par le Centre Hospitalier de GERARDMER.

Fait à Gérardmer, le 2 Mai 2002
En quatre exemplaires.

Le Directeur par intérim,
du Centre Hospitalier de
REMIREMONT

L. FLOT

Le Directeur
du Centre Hospitalier de
GERARDMER



C. SARTORI

HEURES DE GARDES

C.P.P. DE GERARDMER

Centre Hospitalier de GERARDMER

Secrétariat médical :

☎ 03.29.60.29.11

Bureau des Sages-Femmes : Mesdames Brigitte André, Laurence Heim, Marie-Pierre Lausecker.

☎ 03.29.60.29.45

Du Lundi au Vendredi :
8 h 30 – 12 h et 13 h 30 – 17 h 30.
Pour rendez-vous et renseignements.
Sauf Urgences.

Standard :

☎ 03.29.60.29.60

Week-end et jours fériés.
Sauf urgences.

Centre Hospitalier de REMIREMONT

Maternité :

☎ 03.29.23.41.41 (Poste 4065)

Du Lundi au Vendredi
12 h – 13 h 30 et 17 h 30 – 08 h 30
et en cas d'urgence.

Pédiatrie Néo-Natalogie :

☎ 03.29.23.41.73

PLANNING DE LA SEMAINE D'UNE SAGE FEMME

HORAIRES	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE		
	1SF ou 2 SF	2 SF	1 SF	2 SF	1 SF	1 SF	1 SF		
8 h30	Liaison tél.	Liaison tél.	Liaison tél.	Liaison tél.	Liaison tél.	Liaison tél.	HAD URGENCES		
8 h 45	RP	RP	RP	RP	RP	RP			
9 h 15	RP	RP	RP	RP	RP	RP			
10 h 00	Domicile HAD ERG	Domicile HAD ERG	Domicile HAD ERG	Domicile HAD ERG	Domicile HAD ERG	Domicile HAD ERG			
12 h 00									
REPAS									
13 h 30	RP	RP	P F L A M I N L I N A G L	RP		RP	RP		
14 h 00	RP	DR HAWATT		P P O	D O M I C I L E / E R G	RP			
15 h 00	Domicile ERG	CONSULTATIONS Médecin ou sage-femme				E C H O G R A P H I E		Domicile HAD ERG	RP
17 h 30									

Recueil d'informations sur les sorties précoces de la
maternité des nouveau-nés au sein de l'HAD
(=Hospitalisation à domicile).

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Terme de la grossesse (en semaines): _____ Date de naissance: ____/____/____

Nombre de frères et soeurs de l'enfant concerné: _____

âge des autres enfants: I ____ I ____ I ____ I ____ I ____ I ____ I ____ I

Motivations vous ayant conduit à sortir en hospitalisation à domicile:

Poids de naissance de l'enfant: _____ grammes

Poids à la sortie de la maternité: _____ grammes

Poids en fin d'HAD (si vous le connaissez): _____ grammes

Nombre de jours de suivi à domicile au cours de l'HAD: _____ jours

Nombre de visites par jour, et durée approximative de celles-ci, au sein de l'HAD:

* de la sage femme: _____ Durée: _____

* de l'aide ménagère: _____ Durée: _____

* autre intervenant (merci de préciser; médecin, auxiliaire ...)

* _____ Durée: _____

* _____ Durée: _____

Mode d'allaitement:

Maternel ☐

Artificiel ☐

Mixte ☐

Tournez SVP. 1/2.

Actions réalisées par la sage femme au cours de ses visites:

* Gestes pour l'enfant:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| - Mise au sein | ☐ | - Prise du biberon | ☐ |
| - Prise de la température | ☐ | - Pesée de l'enfant | ☐ |
| - Bain / toilette | ☐ | - Soins du cordon | ☐ |
| - Autre | ☐ | Merci de précisez SVP: | |
-
-

- * Conseils:
- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| - Sur l'alimentation maternelle | ☐ | - Sur l'alimentation artificielle | ☐ |
| - Sur le comportement | ☐ | - Sur le couchage, le sommeil | ☐ |
| - Sur les changes | ☐ | - Sur les tenues vestimentaires | ☐ |
| - Autre | ☐ | Merci de précisez | |

SVP: _____

L'examen du huitième jour apparaissant dans le carnet de santé a-t-il été fait par votre médecin traitant? _____ Si non, par qui a-t-il été réalisé? _____

Les points forts de ces sorties précoces avec suivi à domicile: _____

Les points faibles: _____

Ce qui vous a manqué: _____

Choisiriez-vous de nouveau ce système d'HAD pour une nouvelle naissance? _____

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
1	Se sent plus fragile et plus fatiguée. Vite démoralisée.	Se retrouver en famille, moins seule.	Les conseils (problème de colique du nourrisson)
2	Aucun	Séparation moins longue avec les aînés, d'où peut-être une meilleure intégration du bébé dans la famille.	Rien
3	Aucun	Le confort du foyer	Rien
4	Aucun	Etre chez soi avec son bébé et être aussi bien suivie qu'à la maternité.	Rien
5	Aucun	Retrouver l'aîné de 2 ans et son domicile	Rien
6	*	*	*
7	Plus de fatigue car il faut s'occuper des autres enfants, des repas...	Rentrer plus tôt pour les autres enfants. Lait et produits de toilette pour le bébé disponibles.	Rien
8	Aucun	Sage-femme plus disponible qu'à la maternité, le père et la mère étaient en confiance car il s'agissait du 2ème enfant. Suivi quotidien de l'enfant et de la mère apprécié avec possibilité d'appel en cas de problème.	Rien
9	*	*	*
10	Aucun	Etre seule avec sa famille	Contact et sympathie du personnel de la maternité
11	Aucun	Suivi personnalisé	Rien
12	*	*	*
13	*	*	*
14	Pas de réponse immédiate sur place en cas de problème.	Recevoir des conseils de spécialistes. Ne pas avoir les visites incessantes de la maternité.	Rien
15	Inadapté pour une première naissance car il y a tout à apprendre.	Plaisir d'être chez soi. Très bien pour une 2ème ou 3ème naissance.	Rien
16	Aucun	Bon système	Rien
17	Aucun	Reprendre tout de suite sa vie quotidienne avec une personne de plus dans la famille.	Rien
18	Aucun	RAS	Rien
19	Trop de visites à domicile (bruit,ménage,rangement...)	Etre entourée, dorlotée par sa famille.	Le calme et la tranquillité de l'hôpital.
20	*	*	*
21	Aucun	Etre à la fois encadrée et à la maison.	Rien
22	*	*	*
23	Durée HAD devrait être plus longue	Sage femme très attentive aux attentes et aux demandes de conseils	Un suivi plus long
24	Pas de repos car il y a les autres enfants	Etre chez soi avec sa famille et son bébé, différent de l'hôpital	Le repos
25	Aucun	Retour rapide dans la famille	Rien
26	La fatigue du travail domestique	Sortie rapide à la maison	Rien

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
27	*	*	*
28	Aucun	Pouvoir utiliser son propre matériel avec la sage femme, "-artificiel" qu'à la maternité. Avoir un N° de téléphone en cas de besoin ou pour un conseil.	Rien
29	Fatigue +++	Retrouver plus vite les autres enfants	Rien
30	Prise en charge seule, il n'y a pas la rencontre du matin avec les autres mamans comme en maternité.	Nuits plus paisibles qu'à la mat. Présence des sages-femmes rassurante. Le père et les sœurs sont plus associés à l'arrivée du bébé.	Les repas servis tout prêts
31	Aucun	Suivi à domicile très agréable	Rien
32	Beaucoup de travail à la maison	Etre chez soi	De l'aide à la maison.
33	Aucun	Meilleur suivi qu'à la maternité, la sage femme lui consacre tout son temps (1 heure + appel téléphonique)	Rien
34	*	*	*
35	*	*	*
36	*	*	*
37	Aucun	L'enfant prend tout de suite ses marques à la maison; c'est plus rassurant pour les parents et tout le monde est plus détendu.	Rien
38	+ isolée qu'en maternité pour le bain et dans la matinée	On peut s'occuper des autres enfants	Le repos
39	*	*	*
40	Aucun	Sage femme disponible et rapports moins médicaux qu'à la maternité.	Un mari plus disponible.
41	Insuffisant pour acquérir les gestes après un premier accouchement	Proximité et écoute du personnel de l'HAD. Permet d'affronter son propre rythme à la maison avec le soutien de personnes qualifiées.	Rien
42	*	*	*
43	Aucun	Très bon système.	Rien
44	Trop de visites des proches, + fatiguée et - dorlotée qu'à la maternité. On profite - des premiers jours avec son bébé.	Plaisir d'être chez soi. Très bon suivi par les sages-femmes.	De l'aide à la maison et du repos.
45	Aucun	Sentiment d'être utile à la maison, coupure plus faible avec sa vie personnelle.	La relation avec le personnel de la maternité; le dialogue.
46	Aucun	Sage femme très disponible avec visites à horaires modulables, et conseils personnalisés.	Rien
47	Les autres enfants sont à la maison, donc + de fatigue	Contact immédiat du bébé avec son entourage et son environnement (père et sœurs)	1 vraie nuit de sommeil en confiant l'enfant aux sages-femmes la nuit
48	Problème de suivi pour l'allaitement, devenu mixte à cause de crevasses	Séparation moins pénible pour les autres enfants	Rien

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
49	Aucun	Sage femme très gentille	Rien
50	Aucun	Très bonne relation avec l'équipe	Rien
51	On en fait plus qu'à la maternité d'où plus de fatigue	Le père s'en occupe + vite et la grande sœur fait connaissance avec le rythme du bébé	Rien
52	Fatigue +++	Sage femme conviviale, retour à domicile et aînés moins perturbés	Les repas chauds tout prêts à la maternité
53	*	*	*
54	*	*	*
55	*	*	*
56	Aucun	Autre rythme qu'à la maternité, + détendue et - de bruit qu'à la maternité	Rien
57	Aucun	Retrouver rapidement son environnement tout en pouvant compter sur quelqu'un de compétent pour les conseils, aider et rassurer	Rien
58	*	*	*
59	*	*	*
60	fatigue plus importante, surtout pour les repas	Eviter un mode de garde trop long pour l'aîné	Rien
61	*	*	*
62	Aucun	Moins de bruit à domicile, possibilité de mettre bébé dans une autre chambre	Rien
63	Aucun	Confort de la maison avec un accompagnement qualifié	Rien
64	Bien au début puis fatigue avec les autres enfants	Retrouver le calme de son domicile et les autres enfants	Aide ménagère venue trop tard (1 sem après); c'est important au début pour les repas
65	La fatigue	Etre près de sa famille	Rien
66	Plus fatiguée avec le travail de la maison	Etre entourée des membres de sa famille avec un suivi personnalisé par des professionnelles	Rien
67	Aucun	Equipe de l'HAD très agréable	Rien
68	Aucun	On bénéficier d'un suivi personnalisé, sage femme compétente qui apporte beaucoup	Rien
69	Un peu plus fatiguée	La sage femme est totalement disponible pour nous lors de son passage	Rien
70	Insatisfaite de l'aide ménagère	Sage femme plus disponible qu'à la maternité. Etre chez soi. Prendre directement ses habitudes avec l'enfant.	Rien
71	Etre un peu plus entourée	Retrouver son environnement et les aînés sont moins délaissés	Rien
72	Tendance à faire plus de choses à la maison	Etre à la maison. Sage femme très sympathique	Rien
73	*	*	*
74	*	*	*

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
75	Aucun	Etre chez soi au calme	Rien
76	Personne pour répondre aux quetions spontanées dans la journée	Plus de repos	Rien
77	*	*	*
78	*	*	*
79	- de repos	Travail allégé par l'aide ménagère	Rien
80	La fatigue car il faut s'occuper de la maison, du bébé et des autres enfants	Etre toute la famille ensemble rapidement	Rien
81	*	*	*
82	Les appareils trop anciens des sages-femmes, pas de balance électronique, pas de bilichack)	Présence et gentillesse des sages-femmes. Aide ménagère TRES appréciable.	Rien
83	Pas satisfaite de l'aide ménagère et trop peu de temps	Etre chez soi avec de bons conseils, de bons soins et un bon suivi.	Rien
84	Inadapté pour un 1er enfant, peur de ne pas y arriver seule	Plus reposée; pour un second bébé c'est très bien	Rien
85	Aucun	Retour chez soi, mari qui a énormément aidé	Rien
86	*	*	*
87	Aucun	Etre là pour les autres enfants	Rien
88	Aucun	Récupère plus vite de l'accouchement, aînés seuls moins longtemps	+ d'aide ménagère
89	*	*	*
90	*	*	*
91	Pas assez d'aide ménagère. Il faudrait une aide maternelle 1 à 2 heures pour s'évader.	Rentrer pour voir les autres enfants et avoir des repères	Rien
92	Aucun	Tout de suite s'occuper du bébé dans son milieu, rapidement intégrer à la famille	Du repos; il y a toujours quelque chose à faire à la maison
93	Aucun	Se retrouver rapidement en famille et y intégrer bébé	Rien
94	Aucun	Meilleur sommeil donc plus de repos	Rien
95	Aucun	L'assurance d'avoir un interlocuteur en cas de problème	Examen du 8ème jour à la maternité
96	Aucun	Une grande fille qui a bien aidé	Rien
97	Aucun	Prendre de bonnes habitudes dans son environnement personnel	Rien
98	Aucun	Suivi plus long qu'à la maternité	Rien
99	*	*	*
100	Fatigue +++ avec les autres enfants dont il faut s'occuper	Sage femme très disponible, appel téléphonique ou déplacement. Etre constamment rassurée sur l'état de l'enfant.	Rien

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
101	Il faudrait pouvoir bénéficier de l'HAD même après un séjour plus long à la maternité	Rentrer chez soi en ne s'occupant de rien (produit pour bébé, médecin traitant à domicile) Sortie, mais quand même suivi si il y a un problème	Rien
102	*	*	*
103	Il faudrait une répartition plus large de l'aide ménagère	Retrouver plus vite sa famille, mieux se reposer	Rien
104	Un peu plus fatiguée qu'à la maternité	Mieux conseillée	Rien
105	Les heures de visite de la sage-femme	Meilleur moral et intimité avec la famille	Rien
106	Aucun	Retrouver ses repères à domicile, son espace. Retrouver le reste de la famille.	Rien
107	*	*	*
108	Aucun	Mieux conseillée	Rien
109	Aucun	Bons conseils de la sage femme	Rien
110	Aucun	On a le temps de profiter du bébé et des autres enfants	Rien
111	Aucun	Plus vite à la maison pour se reposer, plus vite avec la famille. Sage femme très sympa.	Rien
112	Aucun	Rentrer plus rapidement à la maison	Rien
113	Aucun	Etre chez soi avec sa famille.	Rien
114	Un peu seule entre les visites de la sage femme	Retrouver sa maison et limiter la séparation avec l'aîné de 18 mois	De l'aide pour les repas
115	Trop peu d'heures de l'aide ménagère	Toute la famille profite de l'arrivée de bébé	Plus d'aide pour le travail à la maison
116	Aucun	Rentrer en famille. Dormir dans son lit au calme	Rien
117	*	*	*
118	Un peu perdue par moment	Le repos	Rien
119	*	*	*
120	*	*	*
121	Aucun	De bonnes conditions pour accueillir bébé en famille à la maison	Rien
122	Aucun	Les heures d'aide ménagère	Rien
123	*	*	*
124	Rentrer aussi tard à domicile. Pourquoi pas le jour même si il n'y a pas de problème?	C'est appréciable de vivre ces moments chez soi avec une aide accessible si besoin.	Rien
125	Inadapté pour un premier bébé car on a besoin d'être plus encadrée; là c'était le 3ème enfant.	S'occuper des autres enfants, faire comme on le sent. Pouvoir se reposer. Toute la famille participe et on se sent plus proche de la sage femme.	Rien
126	Plus fatiguée	Retour plus rapide à la vie familiale	Rien
127	Aucun	Meilleures conditions pour la relation mère-enfant	Rien
128	Aucun	Rentrer chez elle	Rien

Numéros d'anonymat	Points faibles	Points forts	Ce qui a manqué
129	Aucun	Etre vite avec ses proches	Rien
130	*	*	*
131	Aucun	Pas de stress, ni d'angoisse. Très bonne entente avec les sages-femmes.	Rien
132	*	*	*
133	*	*	*
134	Plus de fatigue avec les 2 aînés	Super car sage femme sympa et qui donne beaucoup de conseils	Rien
135	*	*	*
136	Moins de rencontre avec les autres mamans	Sage femme compétente et agréable	Rien
137	Aucun	Retour plus rapide à domicile avec un suivi médical	Rien

Numéros d'anonymat	Les motivations pour l'HAD
1	S'occuper des 2 autres enfants
2	Revenir rapidement auprès des autres enfants
3	Désir de rentrer chez soi
4	N'aime pas l'hôpital, rentrer rapidement avec son bébé à la maison.
5	Etre avec le grand frère également
6	*
7	Avoir la possibilité de rentrer chez soi avec les autres enfants tout en ayant un suivi adapté
8	Stress entre les 4 murs de la chambre de la maternité. Bon état général de la maman et du bébé et pas d'appréhension pour s'en occuper. Le démarrage de l'allaitement maternel avait été mal vécu pour le premier enfant à la maternité à cause des visites incessantes, du ménage, des coups de téléphone...
9	*
10	Retrouver toute la famille avec le bébé.
11	Ne pas laisser trop longtemps les 3 aînés à ses parents et bénéficier de l'aide ménagère.
12	*
13	*
14	Sortir le plus rapidement possible.
15	N'aime pas être hospitalisée, et plus vite disponible pour les autres enfants.
16	Sortir rapidement
17	Etre chez soi avec le reste de la famille.
18	Semblait intéressant
19	Problème de disponibilité de chambre pour les travaux à la maternité; proposition de l'HAD acceptée.
20	*
21	Retrouver le premier enfant.
22	*
23	Rentrer chez soi plus tôt avec son enfant
24	Retrouver les 2 aînés, la famille
25	Eviter de faire garder les autres enfants
26	Quitter l'hôpital et retrouver ses proches
27	*
28	Retrouver plus rapidement un milieu familial
29	Tout allait bien et rien ne nous empêchait de rentrer à la maison
30	Retrouver l'aînée qui avait 13 mois et pas d'allaitement maternel à mettre en route (Allaitement artificiel).
31	Ne supporte pas les hôpitaux.

Numéros d'anonymat	Les motivations pour l'HAD
32	Retrouver sa fille.
33	Bon état général
34	*
35	*
36	*
37	Prendre de bonnes habitudes à la maison; suivi plus personnalisé par les sages-femmes.
38	Retrouver les 2 aînés à la maison.
39	*
40	Pas le premier enfant, déjà une expérience.
41	Besoin du calme relatif du domicile et de retrouver le grand frère.
42	*
43	Etre avec son mari, se sent moins qu'à la maternité.
44	Ne pas rester à l'hôpital et s'occuper des 2 aînés.
45	Ne pas délaisser l'aîné, être à la maison avec le bébé et faire le travail quotidien de la maison.
46	Limitier l'absence de Maman pour le frère aîné afin qu'il vive mieux l'arrivée du bébé.
47	Tranquillité du bébé à la maison pendant les fréquentes visites des premiers temps.
48	Retrouver les autres enfants et bon état général de la maman
49	Retrouver sa fille de 22 mois
50	Retrouver son mari et les autres enfants
51	Environnement familial, plus de calme, le papa et la grande sœur peuvent profiter plus du bébé
52	Problème de garde des autres enfants
53	*
54	*
55	*
56	Retrouver sa famille
57	3ème enfant, comportement connu. Etre plus vite avec les é autres enfants et le papa.
58	*
59	*
60	Difficile de faire garder l'aîné et un mari qui travaille
61	*
62	Meilleur sommeil à domicile, donc moins fatiguée; et moins chaud
63	Etre plus rapidement à la maison
64	Ne pas laisser son mari seul trop longtemps avec les 3 aînés

Numéros d'anonymat	Les motivations pour l'HAD
65	Etre présente pour son mari et sa fille aînée
66	Rentrer chez soi plus vite avec le bébé pour vivre ces moments en famille
67	Déjà 2 enfants, pas besoin de rester à la maternité pour connaître les gestes, pour apprendre à s'occuper de bébé
68	Sortir vite de la maternité.
69	Retrouver l'aîné de 3 ans et le papa
70	Etre tout de suite chez soi avec ses repères
71	Retrouver les autres enfants. Pour que le papa profite du bébé avant de retravailler. Ne pas rester inactive.
72	Désir de rentrer à domicile (pour le premier enfant, restée 15 jours à la maternité pendant les fêtes de fin d'année)
73	*
74	*
75	Retrouver toute la famille avec le bébé.
76	Proche de sa famille, se reposer pleinement. Ca ne doit pas être fait pour un premier bébé(on veut être plus rassurée par les professionnels), mais on est plus à l'aise pour un second.
77	*
78	*
79	Retrouver sa première fille et mari en vacances
80	Mari qui travaillait, il fallait s'occuper des 2 aînés
81	*
82	Ne pas rester trop longtemps à l'hôpital, et sortir avec une aide à domicile.
83	Rentrer chez soi en famille et visites à la maternité difficiles pour sa fille de 19 mois
84	Limiter la séparation avec le premier enfant
85	Rentrer plus vite chez soi pour se reposer
86	*
87	S'occuper des 2 autres enfants (père qui travaille)
88	Laisser les aînés seuls moins longtemps
89	*
90	*
91	Plus facile pour la garde du premier enfant. Bon moral et bon état général.
92	Un bouche à oreille positif!
93	Mari enseignant avec beaucoup de temps à nous consacrer. Sage femme compétente, gentille qui met en confiance (passe un jour férié)
94	Trop chaud dans les chambres de la maternité
95	Retrouver sa famille et sa maison, bon état général de maman et bébé
96	La famille au complet très vite pour le bonheur de tous et notamment des frère et sœur

Numéros d'anonymat	Les motivations pour l'HAD
97	N'aime pas les hôpitaux, beau temps à l'extérieur
98	Les aînés sont moins angoissés, maman rentre plus tôt avec le bébé
99	*
100	S'inquiétait pour les aînés qui manquaient
101	S'occuper du premier enfant et plus de repos à la maison
102	*
103	Dormait mal à la maternité, retrouver plus vite sa famille
104	Pas de soins particuliers pour la maman ou le bébé, tout allait bien.
105	Bon état général
106	Autre enfant à s'occuper à la maison
107	*
108	Sortir plus tôt de la maternité et se reposer chez soi
109	On se sent mieux chez soi, en milieu connu et avec ses proches
110	Deux autres enfants en bas âge qui avaient besoin de leur mère
111	Pour se reposer et être en famille
112	Ne pas rester à la maternité.
113	Etre chez soi avec sa famille.
114	Ne pas être trop séparé du premier enfant qui n'avait que 18 mois
115	Déjà eu 2 enfants, gestes connus et pas d'appréhension pour s'occuper du bébé
116	Retrouver le premier enfant. L'assistance journalière des sages-femmes. Dormir au calme
117	*
118	La tranquillité et le calme de la maison
119	*
120	*
121	Pas de problème pour moi et pour l'enfant, retour tout à fait possible rapidement à la maison
122	Déjà 5 enfants auparavant et qui nous attendaient à la maison
123	*
124	Accueil de l'enfant en milieu familial et intime quand il n'y a pas eu de problème à l'accouchement.
125	Etre là pour les autres enfants, qu'ils ne soient pas trop bouleversés.
126	Retour plus rapide à domicile pour les aînés.
127	Incompatibilité d'humeur avec le personnel de la maternité
128	Entendu dire que c'était bien.
129	Rentrer plus vite à la maison.

Numéros d'anonymat	Les motivations pour l'HAD
130	*
131	Retrouver les autres enfants et le rythme de la maison.
132	*
133	*
134	Déjà fait lors du précédent accouchement et très bien.
135	*
136	Retrouver l'aîné, le papa et le rythme de la maison.
137	Réduire le temps de séparation avec la grande sœur.



VU

NANCY, le **26 septembre 2005**

Le Président de Thèse

Professeur J.M. HASCOËT

NANCY, le **29 septembre 2005**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **3 octobre 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE : Etude, versant pédiatrique, des sorties précoces de maternité à Remiremont (Vosges) et évaluation du service d'hospitalisation à domicile mis en place avec Gérardmer.

Le raccourcissement du séjour en maternité semble inéluctable. Les sorties précoces des nouveau-nés à terme avant ou au cours du 3^{ème} jour de vie sont de plus en plus fréquentes, par désir des mères, soucis d'économie et manque de lits d'obstétrique dans certains bassins de santé.

L'enquête rétrospective a permis d'étudier le système d'hospitalisation à domicile, relais du séjour classique mais avec une sortie précoce trois jours après l'accouchement s'il n'y a pas de facteur de risque. Le suivi est assuré par des sages-femmes formées.

Nous avons contacté, par échanges de courriers et questionnaires, toutes les mères sorties par ce service en 2000 et 2001 afin de relever certains paramètres, connaître leurs remarques et degré de satisfaction. Durant ces deux années, nous n'avons pas noté de problème lié à une sortie précoce (évolution normale du poids des enfants, peu de ré hospitalisation indue...). Le taux d'allaitement maternel dans cette population est comparable au taux national et les commentaires révèlent une grande satisfaction des mères vis à vis du service qu'elles utiliseraient à nouveau si l'occasion se présentait. Cependant, l'objectif associé de réduction des coûts n'est pas réalisé par rapport à une hospitalisation classique qui tend à se raccourcir de plus en plus.

Ainsi, pour ne pas nuire à la santé physique et psychique des enfants et comme le montre la littérature, une sortie précoce doit allier sécurité, efficacité et implique information, consentement et volonté des parents ainsi qu'un suivi de l'enfant dont les modalités restent à définir en fonction des particularités sanitaires locales.

TITTLE IN ENGLISH: Early discharge of newborn infants out of the maternity hospital of Remiremont (France). Assessment of the home follow-up developed by both maternity hospitals of Remiremont and Gérardmer (France).

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2005.

MOTS CLES: Nouveau-nés ; sortie précoce ; hospitalisation à domicile.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex