

Journée à thème du



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

Lundi 1^{er} juin 2015

PARIS - ASIEM

PROGRAMME

**RÉSUMÉ
DES TRAVAUX**

ÉDITORIAL

La nouvelle loi de santé publique : « la Stratégie Nationale de Santé » (SNS), vise à modifier en profondeur les organisations en santé, principalement par le virage de l'ambulatoire d'une part et les actions de prévention d'autre part.

Le champ de la périnatalité est propice à ces mutations, la sage-femme est le professionnel de choix pour s'inscrire dans ces nouveaux modèles.

Pour réussir ce challenge, il faut quelques préalables :

- *Une synergie pluri professionnelle visible, respectueuse, afin que les usagers appréhendent ces évolutions en toute sérénité au travers des réseaux ville-hôpital.*
- *Une démarche de gestion des risques très en amont qui facilitera l'orientation des femmes, des mères, des nouveau-nés dans des parcours de santé ou de soins efficaces, lisibles et adaptés en fonction des territoires.*

En construisant cette journée à thème qui préfigure de nouveaux modes d'exercice, nous avons souhaité vous apporter des éclairages diversifiés, que ce soit par les institutionnels : ministère , HAS, mais aussi par les usagers qui doivent être au cœur de nos organisations . Des exemples concrets de parcours dans le champ du pré comme du post partum illustreront cette thématique.

Belle journée et bons échanges.

Sophie GUILLAUME
Présidente CNSF

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les sociétés :

BAYER HEALTHCARE

BIVEA

BOIRON

C.C.D

C.N.S.F. De France

DANONE Eaux France

DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE

FAMILY SERVICE

IPRAD

MUSTELA

NATAL SERVICES

O.N.S.S.F

PROFESSION SAGE FEMME

RIVADIS

SUCKLE

YSY MÉDICAL

L'organisation matérielle est assurée par le **C.E.R.C.**

Christophe CASSAGNE

17 rue Souham 19000 TULLE

Tél. **05 55 26 18 87**

Email : **contact@cerc-congres.com**

www.cerc-congres.com

PROGRAMME

POSITIONNEMENT DES SAGES-FEMMES DANS LE PARCOURS DE SOINS

« Faire que le patient bénéficie des meilleurs soins, dans la structure la plus adaptée,
au bon moment, par le bon professionnel au meilleur coût »

8h30	ACCUEIL DES CONGRESSISTES	14h00	POINT DE VUE DES USAGERS • Madeleine AKRICH (Paris)
9h00	OUVERTURES DES JOURNÉES • Sophie GUILLAUME (Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France - Paris)		PARCOURS DE SOIN : LE PARTENARIAT PRENAP 75 • Véronique BOULINGUEZ (Paris)
9h15	LA POLITIQUE DU PARCOURS DE SOINS • Christine BRONNEC (Ministère de la santé - Paris) PARCOURS DE SOINS ET EFFICIENCE, POINT DE VUE DE L'H.A.S. • Rémy BATAILLON (Paris)		LE COMPTE RENDU EN RÉÉDUCATION PÉRINÉALE : UTILE POUR QUI ? POURQUOI ? UN TRAVAIL EN RÉSEAU • Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille), • Michel BOUVIER (Marseille)
10h15	PAUSE ET VISITE DES STANDS		
10h45	REPENSER LA CONTRIBUTION DES SAGES-FEMMES À LA RÉNOVATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : QUELQUES PROPOSITIONS • Michel NAIDITCH (Paris) SAGE-FEMME, PARAMÉDICAUX ET MÉDECIN GÉNÉRALISTE : PROJET COMMUN EN MSP • Thierry STEFANAGGI (Béziers) PLURIPROFESSIONNALITÉ : MYTHE OU RÉALITÉ ? • Adrien GANTOIS (Le Pré Saint Gervais)	15h30	PAUSE ET VISITE DES STANDS
		16h00	SAGE-FEMME ET PARCOURS DE SANTÉ/SOINS DE L'ENFANT • Anne BATTUT (Varilhes), • François-Marie CARON (Amiens)
		16h45	CONCLUSION • Sophie GUILLAUME (Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France - Paris)
12h30	DÉJEUNER LIBRE	17h00	FIN DE LA JOURNÉE

Le parcours de soins

Christine BRONNEC

Direction générale de l'offre des soins (DGOS)
Paris

3 AXES

- ✓ La priorité au premier recours
- ✓ L'organisation des coopérations
- ✓ L'évolution de la place des établissements de santé

LA PRIORITÉ AU PREMIER RECOURS

Le pacte territoire santé : 3 axes 12 mesures

➡ 800 MSP fin 2015

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé

➡ Inclusion du PTS dans la loi

➡ Les équipes de soins primaires

➡ Les communautés professionnelles de territoire

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION

- La fonction d'appui aux professionnels
- Une coordination à deux niveaux : exemple de la santé mentale
 - ➔ Coordination territoriale au sein d'un projet partagé
 - ➔ Coordination de proximité autour du patient : le projet de soins personnalisé

L'ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- Développement de l'ambulatoire et réduction des DMS
 - ➔ Exple : PRADO maternité
- Organisation de réponse aux besoins des professionnels de premier recours
 - ➔ Exple : cancérologie mais aussi maisons de naissance
- Groupements hospitaliers de territoire
- Évolution des modèles de financement
- Évolution du droit des autorisations...

Les parcours de soins

Quelques repères

Rémy BATAILLON

*Haute Autorité de santé
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
Paris*



Les attentes des patients

« Je peux planifier mes soins avec des professionnels qui travaillent ensemble pour

... me comprendre,

... m'assurer une maîtrise sur ma prise en charge,

... mobiliser les services nécessaires pour atteindre les objectifs qui sont importants pour moi ».

« Je ne dis mon histoire qu'une fois. »

« Les professionnels impliqués dans ma prise en charge se parlent, fonctionnent comme une équipe. »

« Je sais toujours qui coordonne mes soins. »

« Je sais à l'avance où je vais, pourquoi, ce qui sera fait et qui sera mon interlocuteur. »

« Je sais quoi faire en cas de problèmes et je peux disposer de l'aide pour éviter les problèmes. »

« Quand j'utilise un nouveau « prestataire », mon plan de soins est connu à l'avance et respecté. »

La performance du système de santé



COUNTRY RANKINGS

Top 2*

Middle

Bottom 2*



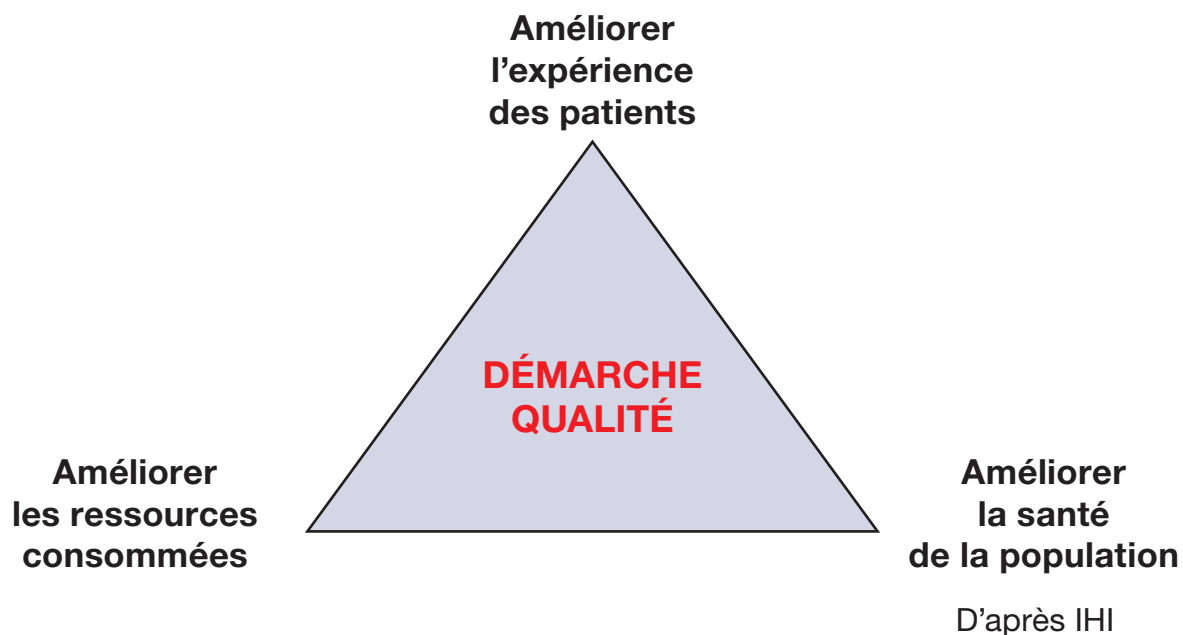
AUS CAN FRA GER NETH NZ NOR SWE SWIZ UK US

OVERALL RANKING (2013)	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

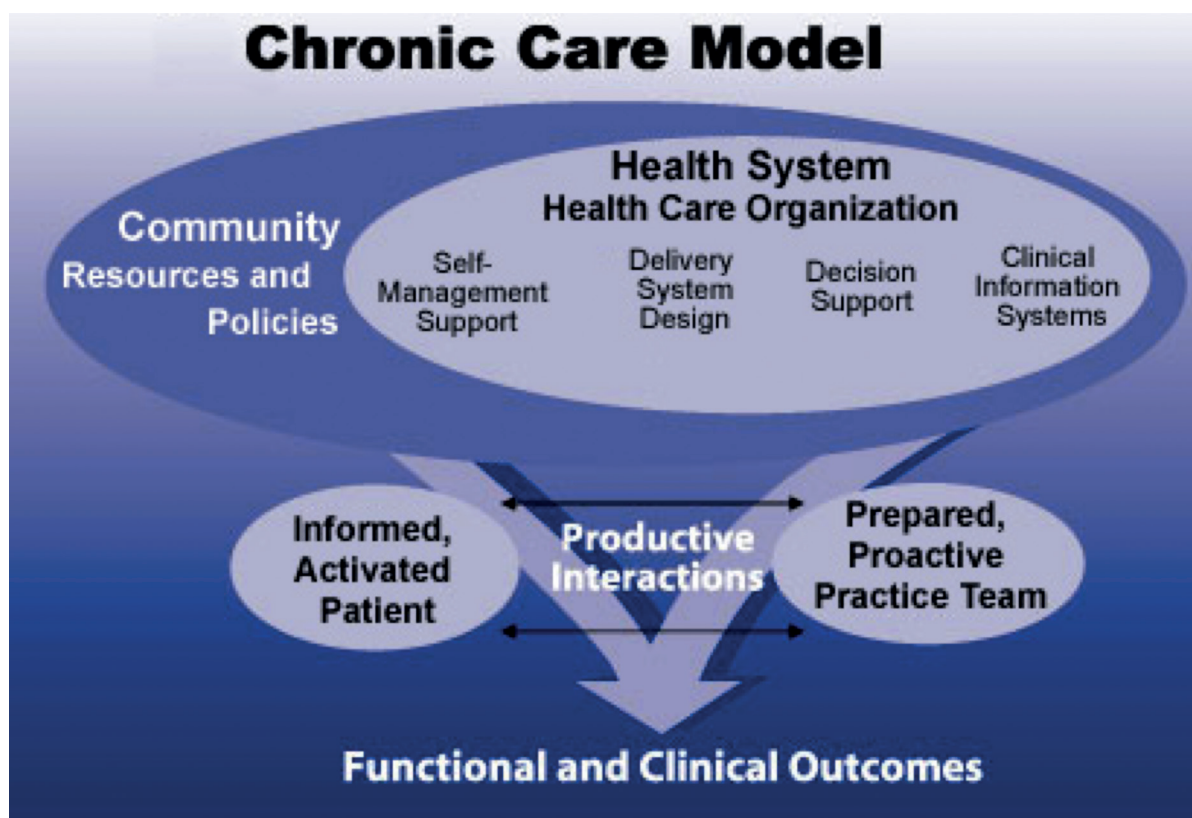
Notes: * Includes ties. ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2013 (Paris: OECD, Nov. 2013).

Trois objectifs à concilier...



... dans une approche systémique



La transformation des valeurs et des pratiques

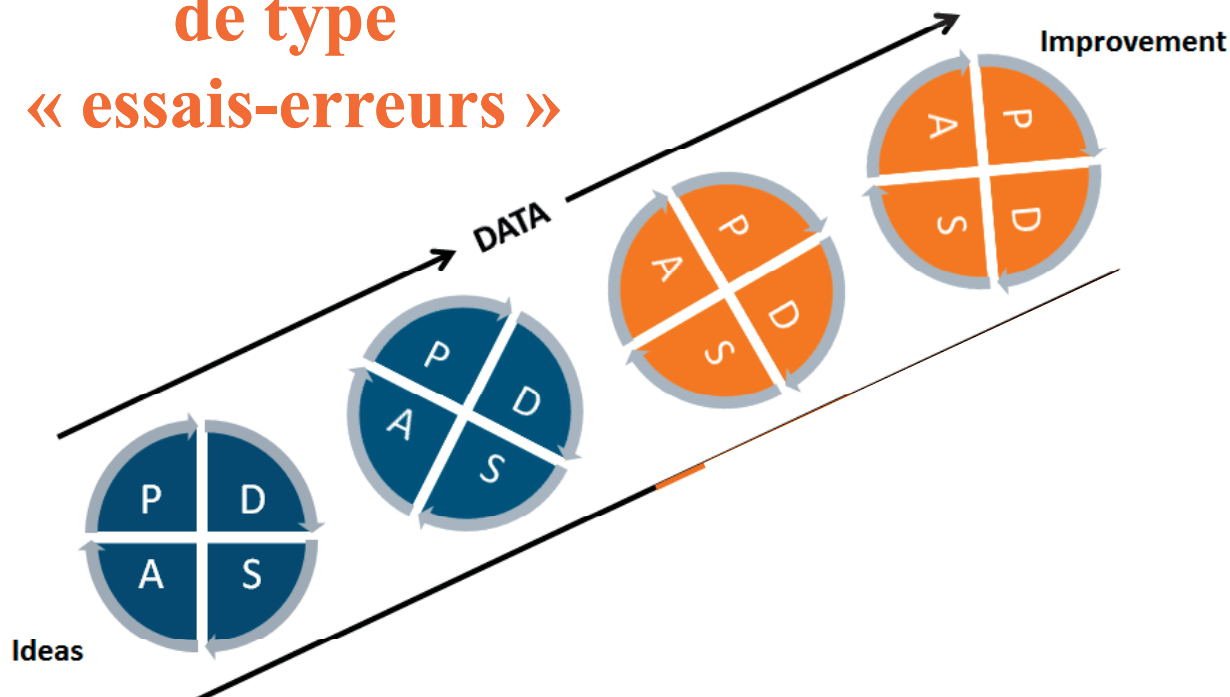
Mes patients sont les personnes qui me consultent	Nos patients sont les personnes dont nous avons la responsabilité
C'est la responsabilité des patients de prendre les RdV	L'équipe organise l'accès à l'ensemble des soins /prestations
C'est aux patients de nous dire ce qui leur est arrivé	Nous traçons et partageons toutes les données cliniques
Les soins sont déterminés par les problèmes vus en consultation	Les soins sont déterminés par une démarche proactive en réponse aux besoins
Les soins varient en fonction des professionnels	Les soins sont harmonisés sur la base de recommandations
Je sais que mes soins sont de qualité car j'ai de l'expérience	Nous mesurons la qualité des soins et engageons des actions
L'organisation répond aux contraintes du médecin	L'équipe adapte les rôles aux besoins des patients

Augmentation des volumes ➡ Création de valeur

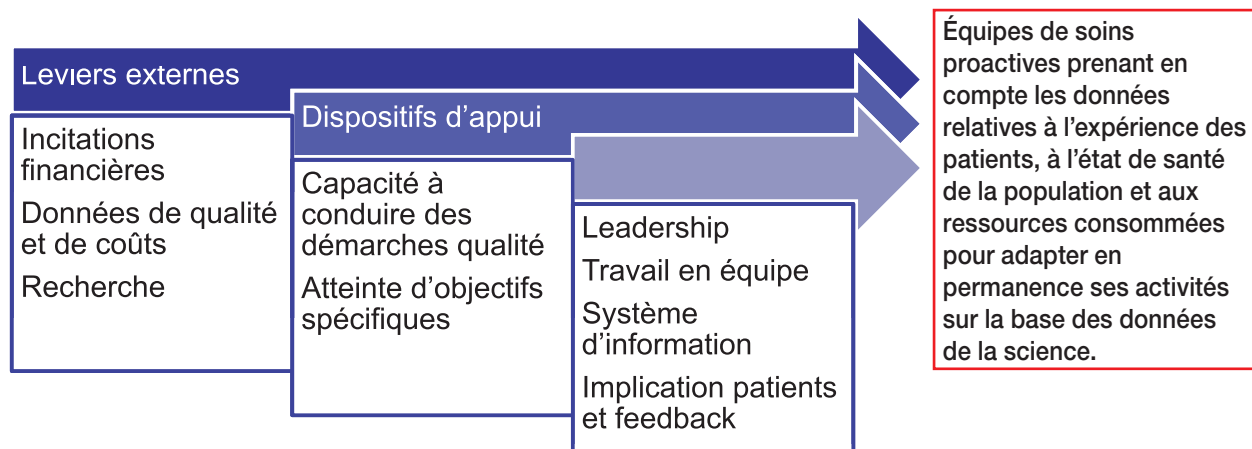
La satisfaction du patient	La personne comme partenaire
La politique des revenus	La diminution du coût unitaire et des gaspillages
La réponse aux demandes	La responsabilité populationnelle
La responsabilité individuelle	La co-responsabilité
La qualification – l'autorisation	La reddition de comptes

La démarche professionnelle

de type
« essais-erreurs »

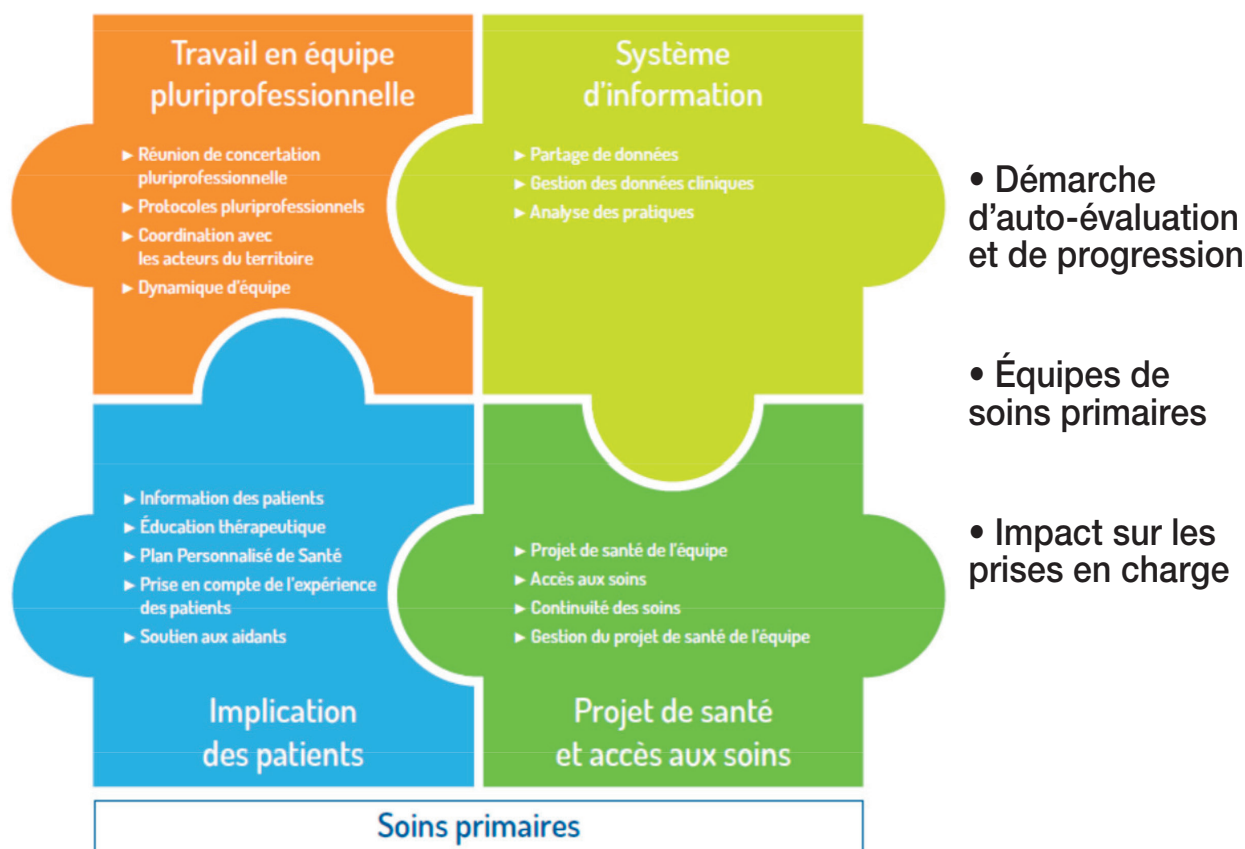


La nécessité d'un soutien inscrit dans la durée



D'après l'AHRQ

Une matrice de maturité soins primaires



Les fiches points-clés et solutions

Pour chaque épisode critique ou levier organisationnel

- ☐ **Ce qu'il faut savoir**
- ☐ **Ce qu'il faut faire**
- ☐ **Les articulations à ne pas manquer**
- ☐ **Ce qu'il faut éviter**
- ☐ **Les conditions à réunir en termes d'organisation et d'efficience**



La performance du système de santé



POINTS CLÉS & SOLUTIONS
ORGANISATION DES PARCOURS



Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables.

Cette fiche vise à répondre aux questions qui se posent sur son organisation et ses modalités en soins ambulatoires.

Un état potentiellement réversible

La Société française de gériatrie et de gériatrie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité :

« La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible » (Rolland 2011).

Une prévalence très variable, un repérage le plus simple et le plus précoce possible

Deux modèles de critères de fragilité sont validés.

Un modèle fondé sur un phénotype « physique » qui évalue la présence chez les personnes d'un âge ≥ 65 ans de 5 critères : perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg (ou $\geq 5\%$ du poids) depuis 1 an, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. Les patients sont dits fragiles en présence de 3 critères ou plus. Ils sont dits « pré-fragiles » si au moins un des critères est présent. Si aucun des critères n'est présent ils sont considérés comme robustes (Fried 2001).

Un autre modèle de fragilité prend en compte des critères fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous la forme de « fragilité multi-domaine » intégrant : cognition, humeur, motivation, motricité, équilibre, capacités pour les activités de la vie quotidienne, nutrition, condition sociale et comorbidités (Rookwood 2006).

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée. Cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10%, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58%. Dans l'étude SHARE réalisée dans 10 pays européens la prévalence de la fragilité selon le phénotype de Fried a été évaluée pour la France à 15,5% parmi les sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (Santoro-Eggimann 2009). Cette prévalence augmente avec l'âge et elle est plus importante chez les femmes.

► Les points clés

- Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans.
- On peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.
- Faute d'un outil de repérage uniformément validé et fiable, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire dérivé du phénotype de Fried qui est le mieux étudié vis-à-vis du risque d'entrée dans la dépendance, en lui ajoutant une ou deux questions intégrant les dimensions cognitive et sociale.
- L'implication des services sociaux et d'aide à la personne dans le repérage est une voie à explorer et à évaluer.
- Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).



POINTS CLÉS & SOLUTIONS
ORGANISATION DES PARCOURS



Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

Les patients âgés de plus de 75 ans sont fréquemment hospitalisés et souvent de façon non programmée.

L'hospitalisation est un marqueur de risque de la survenue d'événements défavorables dans les semaines et mois qui suivent, parmi lesquels des réhospitalisations évitables.

Organiser la transition entre l'hôpital et le domicile¹

L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables.

Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente.

Une priorité à traduire dans les faits

Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14% (Lamière 2008).

La proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23 % de la totalité des réadmissions (van Walraven 2012). Il est difficile de repérer ces réhospitalisations au plan macro-épidémiologique mais il a été montré une corrélation entre le taux de réhospitalisations évitables et le taux total de réhospitalisations (Hallen 2006).

Aux États-Unis, la réduction des réhospitalisations est depuis 2012 une priorité, qui se traduit par des mesures réglementaires et incitations financières pour les établissements hospitaliers (Burton 2012, Bradley 2012). Sa mise en application est cependant l'objet de débats.

Cette fiche cherche à préciser les points suivants : les modalités du repérage des patients à haut risque de réhospitalisation, la sélection d'interventions ayant un effet durable et un impact potentiellement favorable sur les coûts, les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie, la définition de la durée de la période de suivi spécifique après la sortie.

► Les points clés

- L'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées.
- Pour atteindre cet objectif il est indispensable de combiner plusieurs actions aux trois étapes de la transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie.
- Le repérage précoce des patients à risque de réhospitalisation est indispensable, selon des modalités identiques dans chaque établissement.
- Les patients repérés à risque doivent être évalués au plan médical et social et bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'aides (PPS).
- Le compte rendu d'hospitalisation et les documents de sortie doivent être remis au patient le jour de la sortie.
- Les interventions débutées à l'hôpital doivent être continuées à domicile.
- Le suivi après la sortie relève de la responsabilité de l'équipe de soins primaires et repose en priorité sur des visites à domicile.
- En cas de complexité sociale, médicale ou logistique des « navigateurs » peuvent intervenir en appui.
- La période de suivi de 30 jours peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables.

1. La transition hôpital-domicile pour les patients nécessitant des soins postérieurs et la transition avec les GÉPNC ne sont pas abordés ici et font l'objet de fiches spécifiques.

Publics : professionnels, ARS, services centraux de l'état

Les stratégies à combiner

- 1 Adapter les financements
- 2 Organiser une démarche d'intégration
- 3 Structurer les soins primaires
- 4 Mettre en place des fonctions d'appui
- 5 Organiser la transition hôpital - ville
- 6 Disposer de SI partagés
- 7 Promouvoir l'autonomie des patients

La coordination vs la coopération



***Pourquoi l'exercice pluri-professionnel
constitue pour les sages-femmes une opportunité
essentielle pour s'imposer comme des acteurs
incontournables du premier recours***

Michel NAIDITCH

Paris

Si vous m'avez l'honneur de me demander de réfléchir avec vous sur le thème très large de la contribution des sages-femmes à la rénovation du système de santé, c'est sans doute parce que j'ai déjà eu l'occasion de donner mon point de vue, souvent critique sur la conduite de votre groupe face au enjeux auxquels il est confronté et notamment sur les difficultés que vous rencontrez pour mettre en œuvre l'intégralité de vos compétences. La grève de l'année passée a largement témoignée du malaise de la profession. En dépit d'une mobilisation très forte, elle n'a pas débouché sur des avancées à la mesure de ses objectifs. Il ne s'agit pas de revenir sur l'analyse que j'ai proposé des causes de cet échec mais de me focaliser sur une des pistes d'action que je vous avais proposé à savoir : l'intérêt pour les SF d'investir de façon massive les nouvelles formes d'exercice regroupé pluri professionnelles du fait de l'opportunité qu'elles leurs offrent de construire empiriquement sur le terrain de nouvelles formes de coopération avec les généralistes et les autres PS (infirmière kiné, diététicienne, etc) qui en sont membres à partir d'un certain nombre d'actions pluri professionnelles choisies en commun au sein du projet de santé de la structure.

Il existe au moins 5 enjeux pour les sages-femmes liés à leur capacité de s'investir dans ce mode d'exercice mais avec des horizons temporels différents :

- D'abord et avant tout faire la démonstration qu'il est possible de construire sur le terrain des solutions aux difficultés que vous rencontrez pour coopérer avec les autres professionnels de santé et notamment sur des secteurs d'activité avec lesquels vous êtes en concurrence implicitement ou explicitement (ex. : le suivi de grossesse).
- Apprendre à négocier votre place, rôle et responsabilité avec les autres membres de l'équipe en apportant la preuve de la valeur ajoutée que vous apportez en agissant en complémentarité avec les autres PS.
- Montrer que vous avez les capacités à animer conjointement avec d'autres PS ces structures dans le cadre d'un management participatif et ouvrir ainsi votre champs de compétences « non médicales ».
- Réfléchir à et expérimenter de nouvelles modalités de rémunération s'appuyant sur un mix actes/forfait/capitation qui permette de vous assurer un revenu décent en rémunérant de façon différente mais adaptée les différents pans de votre activité.

- Contribuer à mieux faire connaître et reconnaître aux yeux des usagers la profession de sage-femme en montrant par vos pratiques et votre implication au sein de ces structures que votre rôle ne se réduit pas à celui de substituts corvéables et taillables à merci par les pouvoirs publics et à qui serait délégués la réalisation d'actes ou de prestations sans concertation ni réflexion concernant leurs apports dans un projet professionnel rénové. Il s'agit bien d'imposer l'idée que vous êtes un groupe de professionnel capables d'accompagner les couples et leurs enfants dans un grand nombre de circonstances de leurs vies et notamment durant la grossesse et ses suites dans une logique de prévention et de promotion de leur santé.

Pour cela je commencerai par résumer la situation des SF aujourd'hui et les difficultés qu'elles rencontrent pour coopérer avec les autres professionnels de santé et se faire reconnaître comme acteurs à part entière du premier recours. Puis je présenterai ce que sont les structures d'exercices pluri professionnelles le contexte dans lequel elles ont émergé et les dynamiques qui les ont portées. Ensuite en utilisant certains des résultats de l'évaluation qualitative de l'exercice regroupé pluri professionnel (QES n° 200) que j'ai réalisée avec deux autres chercheurs (MO Frattini, Cécile Fournier) je m'efforcerai de montrer en quoi le type de relations interprofessionnelles et les modes de participation aux actions communes qui s'y construisent constituent des opportunités pour faire valoir toutes votre expertise et vos compétences. Je montrerai ensuite à partir de l'exemple du suivi de grossesse comment certaines des difficultés mentionnées au point 1 peuvent être travaillées au sein de ces structures pour aboutir à des formes nouvelles de partage du travail coopératif donnant toute leur place aux SF. Je terminerai par une brève conclusion.

***Sage-femme, paramédicaux et médecin généraliste :
projet commun en MSP***

Thierry STEFANAGGI
Béziers

**TEXTE
NON PARVENU**

Pluri professionnalité : Mythe ou réalité ?

Adrien GANTOIS

*Sage-femme libérale à la Maison des Médecins
Vice-président du Collège National des Sages-femmes de France
Président de l'Association de la Maison de Santé Gervaisienne*

Place de l'exercice pluri-professionnel en Europe

- Formations initiales de santé sont en générale moins cloisonnées dans les pays nordiques :
 - Système LMD.
 - Long life Learning.
 - Corporatisme médical (+/- présent en fonction des pays).



Les différents types d'exercices pluri-professionnels

- Maison de Santé pluri-professionnelles.
- Centre de Santé.
- Pôles de santé.
- Réseaux de santé.
- Hôpitaux.

Interdisciplinarité : phénomène nouveau ?

- Une organisation des soins déjà effective dans d'autres pays européens.
- Suivi médical de grossesse.
- Equipe pluridisciplinaire en soins gériatriques avec pour référent : le médecin généraliste.

Comment favoriser l'interdisciplinarité ?

- Via le socle commun : l'**Université**.

- En identifiant un **parcours de santé** de la femme pour une meilleure coordination des professionnels de santé et un meilleur accès aux soins.
- Mieux identifier les rôles et les spécificités et les attentes de chaque professionnels en se structurant en réseau ou en équipe de soins primaires.
- Via des **mesures incitatives** à l'installation en équipe pluridisciplinaire en zones sous dotées et très sous dotées.
- En respectant le libre choix des patientes.

Les outils

- **Communication interprofessionnelle :**
 - Dossier médical partagé.
 - Association de professionnels (Réunions).
 - Transmissions, courriers.

Les limites

- Concurrence inter professionnelle.
- Le corporatisme.
- La rémunération.
- Le financement.

La sage-femme ?

- **Profession de santé en pleine crise identitaire :**
 - Toutes ses compétences sont partagées.
 - Profession non considérée par le grand public comme profession de proximité (exemple du médecin généraliste).
 - Formation initiale non investie par les universités.
 - Identité professionnelle floue.

Un exemple en Ile de France

- **La Maison des Médecins au Pré Saint Gervais (93) :**



- Equipe pluridisciplinaire avec 3 médecins généralistes, 1 sage-femme et un cabinet d'échographie obstétricale : deux sages-femmes à mi temps.
- Projet monté par la mairie du Pré Saint Gervais.
- Professionnels de santé conventionnés Secteur 1.

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. »

Henry Ford

Point de vue des usagers

Madeleine AKRICH

Paris

**TEXTE
NON PARVENU**

« **Parcours de soin : Le partenariat PRENAP 75** »

Véronique BOULINGUEZ

Maternité de Port-Royal, Coordinatrice/co-conceptrice PRENAP 75

Nathalie MARTZ

ESI Emmaüs, Chef de service ESI, PRENAP 75

Laurence ROUX

*ARS IDF, Direction de la stratégie, Chargée de mission,
co-conceptrice et référente prospective PRENAP*

PRENAP est un partenariat ville-hôpital entre une maternité et un accueil de jour qui permet d'accompagner les femmes enceintes en situation de grande précarité puis les mères et leurs bébés (voire fratrie et père) dans leur parcours de santé avec deux focus : la nutrition/malnutrition et l'allaitement. Les critères d'inclusion sont le volontariat des femmes, l'isolement et la sortie après l'accouchement via le SAMU social. Ce dispositif est financé par l'ARS.

Le territoire d'ancrage qui comporte la maternité associée aux compétences de l'accueil de jour participe au renforcement du parcours de santé très entravé par la vulnérabilité sociale. Il devient le territoire de premier recours avec un maximum de ressources basées en ville. Ce parcours est actuellement optimisé par la mise en place d'un partenariat de proximité avec les médecins généralistes, l'HAD, la PMI, l'ASV, les centres de santé et la PASS.

PRENAP 75 est un partenariat ville-hôpital entre la maternité de Port-Royal et l'ESI familles d'Emmaüs, situé dans le 15^{ème} arrondissement.

Le partenariat est proposé aux femmes par le service social, le consultant ou la coordinatrice. La libre adhésion est une condition essentielle à l'inclusion.

L'accompagnement proposé par la maternité et l'accueil de jour est très complémentaire. **La méthode de travail de l'ESI d'Emmaüs** est axée sur l'accompagnement vers le droit commun en s'appuyant sur l'accueil inconditionnel, anonyme et gratuit. Sa méthodologie d'intervention est centrée sur l'accueil, l'écoute et l'orientation.

Des prestations généralistes et spécialisées sont proposées à l'ESI Familles.

La nature des prestations généralistes est centrée sur trois axes :

- 1. Les prestations de base satisfont les besoins vitaux des familles accueillies :**
une laverie pour laver ses vêtements, un vestiaire pour choisir ses vêtements, une cuisine pour y prendre une collation.
- 2. Les prestations promotionnelles permettent à chacun de reprendre confiance et sont des médiateurs/alibis à la rencontre sociale :** ateliers (apprentissage de la langue française, informatique adultes et enfants, massage bien-être, photos, travail manuel et artistique).

- 3. Les prestations d'insertion permettent aux familles de cheminer vers les institutions de droit commun:** entretiens sociaux d'information et d'accès aux droits, accompagnement dans la recherche d'emploi, orientation vers les établissements d'hébergements associatifs et les logements de droit commun.

La nature des prestations spécialisées est centrée sur quatre axes :

1. La permanence sophrologie

Cette permanence permet de faciliter l'expression des personnes accueillies dans un cadre informel afin d'améliorer l'individualisation des orientations sociales proposées.

2. Le soutien à la parentalité

La promiscuité des chambres d'hôtels déstabilise souvent les liens familiaux. L'espace jeux où les parents et les enfants peuvent jouer ensemble permet de d'aborder plus aisément leurs difficultés avec le ou les animateurs de cet espace. Ces rencontres informelles permettent par la suite de mettre en place des entretiens avec les travailleurs sociaux où des orientations spécialisées peuvent être proposées aux parents et à leurs enfants.

3. La permanence de médiation familiale

Parce que l'exiguïté des chambres d'hôtels déstabilise souvent les liens conjugaux, une médiatrice familiale réalise une permanence une fois par semaine au sein de l'établissement. Ces permanences, sous forme d'entretiens individuels, permettent aux parents d'exprimer leurs difficultés conjugales et/ou familiales et d'être par la suite orientés vers des institutions spécialisées de droit commun.

4. La permanence de la psychologue

Parce que l'errance institutionnelle et l'instabilité d'habitat favorisent et/ou accentuent les problématiques psychiques, une psychologue est à la fois présente en collectif sur l'espace jeux et en individuel sous forme d'entretiens pour les familles qui le souhaitent. Ces entretiens permettent de créer un espace de parole confidentiel, puis, par la suite, les adultes et les enfants peuvent être orientés vers des institutions spécialisées de droit commun.

L'interactivité entre les prestations généralistes et les prestations spécialisées permet donc de proposer une méthodologie d'intervention sociale centrée sur le concept de « *Maison dans la rue* » et d'optimiser la qualité d'un accompagnement individualisé dans un dispositif d'accueil collectif.

L'ESI permet ainsi aux femmes enceintes ou aux jeunes mères adressées par la maternité de Port-Royal de bénéficier de ces différentes prestations. Elles disposent ainsi d'un lieu sécurisant et structurant pour rompre avec l'isolement lié aux hébergements en chambre d'hôtel.

Les prestations nutritionnelles, axe fondamental du projet, se concrétisent par des ateliers qui se déroulent dans l'espace cuisine de l'ESI. Des cartes pour le restaurant associatif sont aussi données si besoin. Le travail en partenariat avec les diététiciennes et la consultante en lactation de la maternité a permis aux travailleurs sociaux de se préoccuper davantage de l'importance de la nutrition et de l'allaitement et de proposer un accompagnement plus adapté aux jeunes mères.

L'ESI met en lien les différents intervenants engagés dans l'accompagnement social afin de favoriser la cohérence des orientations destinées aux femmes incluses dans PRENAP.

En complément des moyens humains de l'ESI familles, le poste de sage-femme coordinatrice depuis le 4 février 2014, a permis de gérer le projet dans ses aspects organisationnels, soins, recherches et de formaliser le lien entre le sanitaire et le social. Il a facilité la mutualisation des ressources entre la maternité et l'accueil de jour.

Les permanences sage-femme, à l'ESI à raison d'une demi-journée par semaine permettent d'informer les femmes enceintes sur l'importance du suivi de grossesse, de s'assurer que les rendez-vous de consultations, d'échographies sont organisés, d'y pallier le cas échéant, d'aider les femmes non suivies à s'inscrire à une consultation à la maternité même avec un terme bien avancé afin d'éviter le recours aux urgences. Ces permanences ont permis également d'orienter des femmes vers des consultations gynécologiques à Port Royal, au planning, vers des consultations de médecine générale PASS, vers un médecin traitant de ville, vers la PMI pour vaccins non faits, surveillance poids, suivi médical...

Les permanences permettent aussi des moments d'échanges informels qui s'organisent à chaque fois autour de la maternité, l'alimentation, les besoins du bébé à venir ou présent.

Les orientations vers l'ESI avant accouchement permettent un temps institutionnel de Co-accompagnement Maternité et ESI et des sorties de maternité moins anxiogènes pour les mères

A l'hôpital, le poste de sage-femme coordinatrice a permis :

AVANT L'ACCOUCHEMENT

- De faciliter l'inscription des femmes dans le parcours de suivi de grossesse médico-psycho-social en évitant le recours aux urgences ;
- De faciliter l'inscription à la préparation à la naissance ;
- De mieux repérer les femmes enceintes et les mères en souffrance psychique et de les orienter vers la consultation psychologique. Un groupe de paroles pour les femmes enceintes et les jeunes mères avec leurs bébés avec une dimension transculturelle va voir le jour très prochainement à la Maternité de Port-Royal.

APRÈS LA NAISSANCE

- De mettre en place une prise en charge à la sortie avec l'organisation d'une HAD ;
- D'assurer la prise de rendez-vous pour la visite post-natale ;
- De préparer la sortie de maternité : La rencontre des femmes en suites de couches permet d'accompagner l'allaitement si nécessaire, de solliciter rapidement les professionnels : assistant social, psychologue si besoin et éventuellement le passage d'une bénévole de l'ESI (40 passages en 2014) et d'organiser le suivi : visite post-natale, soins infirmiers, consultations de médecine générale. De plus, pour fournir une aide matérielle (porte-bébé, layette chaude...), une réserve de layette en suites de couches a été mise en place ;
- De développer la constitution du territoire de premier recours avec l'orientation vers un médecin traitant.

La création d'outils s'est vite imposée, ainsi PRENAP dispose :

- de statistiques spécifiques ;
- d'un protocole d'inclusion et de fiche de liaison pour adresser la famille à l'ESI ;
- d'un tableau de bord de suivi des femmes respectant le secret médical ;
- d'un parcours type afin d'avoir un outil de mesure des apports de PRENAP ;
- d'un plan avec photos pour se rendre de Port-Royal vers l'ESI ;
- d'un annuaire qui répertorie les lieux ressources santé.

Des formations sont organisées auprès des équipes de la maternité et de l'ESI (diététique, allaitement, parcours soin, contraception...).

Plusieurs évaluations et recherches ont été menés sur PRENAP, d'autres sont en cours.

L'étude réalisée par Laurence Roux ARS mesurant l'impact sur le renforcement du parcours de santé des femmes et des enfants et sur le plan médico-économique a été rendue fin 2014. Cette étude a démontré que la qualité de vie de ce public était majorée et que le retour sur investissement s'avère supérieur aux budgets engagés pour financer le dispositif. Deux études sont en cours ainsi qu'un mémoire :

Une étude sociologique sur deux ans, du dispositif PRENAP 75, projet « Trajectoires » du DHU « risques et grossesse ». Cette étude est menée par trois sociologues de l'IIRIS-*Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux Sciences sociales, politique, santé UMR 8156 CNRS-INSERM-EHESS-université Paris 13*.

Une étude en épidémiologie, à partir des données informatisées médicales et sociales de Port Royal. Cette étude étudie les conséquences de PRENAP en termes de santé maternelle et périnatale et d'organisation des soins (DMS).

Un mémoire d'étudiante sage-femme sur le parcours de santé des femmes du dispositif PRENAP est en cours.

Si PRENAP apporte un réel soutien de type « maison dans la rue » au quotidien, concernant tout particulièrement la santé, PRENAP permet une congruence et une continuité d'accompagnement Maternité/ESI, un soutien dans les orientations santé (Suivi grossesse, PMI, vaccination, PASS, médicament sur ordonnance, centre médico-sociaux, planning familial...) un soutien pour que les femmes puissent ou pensent à aller au RDV post-natal, un soutien à la mise en place d'HAD à la sortie de la maternité, un soutien d'écoute psychanalytique (médiatrice familiale, psychanalyste et psychologue) un soutien de lutte contre les conséquences du stress de l'exclusion ou de la rue (sophrologie) un soutien pour le suivi santé (orientations médecins référents).

Les apports de PRENAP sont donc multisectoriels : Alimentation quotidienne et alimentation de survie, soutien en termes de santé de base, physique et psychique.

La complémentarité et la mutualisation des « savoir être » et des outils opérationnels entre la maternité de Port-Royal et l'ESI familles ont permis d'optimiser la congruence de l'accompagnement médico-psycho-social des familles.

Sans affaiblir les objectifs de départ et en tenant compte des nouvelles problématiques sociétales (changement d'hébergement fréquent, insécurité alimentaire) le dispositif PRENAP est devenu aujourd'hui un outil de lutte contre

l'exclusion. Dans un environnement de précarité aggravée, il permet d'étayer la construction de la parentalité dans toutes ses dimensions : alimentation et nutrition, hygiène, santé physique et psychique, liens familiaux, liens conjugaux, insertion sociale... et il permet de renforcer le parcours de santé.

Le compte-rendu(CR) d'une rééducation périnéale : utile pour qui ?

Chantal FABRE-CLERGUE

Sage-femme - Marseille

C'est une évidente source de retard à la prise en charge de ainsi qu'un mauvais dépistage des complications.

Cette situation peut entraîner un malaise de la patiente en recherche et en manque d'information.

Il s'en découle un mauvais suivi de la part du professionnel de terrain qui n'a pas reçu les informations nécessaires.

Le périnée a-t-il moins d'intérêt que le reste du corps humain ?

C'est tout aussi indispensable d'avoir un compte-rendu de rééducation périnéale que d'une maladie telle que le diabète ou autre maladie...

Il est donc INDISPENSABLE d'obtenir un compte-rendu qui va dépendre lui-même de la lettre d'indication !

Le compte-rendu doit contenir des informations utiles concernant :

- La perception globale du vécu de l'accouchement et de son image corporelle.
- L'évaluation de la diminution des symptômes pour lesquels cette femme consulte c'est à dire IU, IA, perte de sensation.
- La compétence de rééducateur permettra un bilan objectif avec score du LA et de l'acquisition ou pas d'une vraie commande périnéale volontaire anticipée à l'effort.
- Le CR sera ciblé en fonction des symptômes de la patiente qui fournira une lettre de prescription dans le meilleur des cas réalisé par la sage-femme ou le médecin, à la sortie de la maternité ou après la consultation du Post-Partum.

Cette lettre de prescription est différente de la lettre de sortie.

Nous rappelons que la RP n'est pas automatique et pour cela il est nécessaire de lire ou relire les recommandations de HAS 2002.

Il ne faut pas oublier qu'une RP pour IU et /ou IA a pour but d'informer, de sensibiliser et d'orienter la rééducation sur le plan profond du périnée et vice-versa.

Bien entendu, l'examen clinique réalisé au début, au milieu et fin de rééducation, va permettre pour la rééducation de s'appuyer sur le bilan initial.

Pour le moment, ce bilan correspond à un TESTING du Levator Ani précis mais sans oublier, une évaluation des différentes zones périnéales et la recherche d'un éventuel diastasis du L.A.

Cette présentation simplifiée du CR souligne l'importance d'un suivi dans la prise en charge des patientes et donc un vrai travail en réseau.

Toute rupture de ce parcours va générer soit un retard, soit une prise en charge inappropriée !

L'intérêt du parcours de soin est double :

- Dépistage, prise en charge, suivi et évaluation indispensables.
- Redonner à la femme, la gestion de son organisation mais aussi et surtout la possibilité de jouer un rôle actif dans sa prise en charge.

Compte rendu en rééducation périnéale : Un travail en réseau

Michel BOUVIER

Service d'Explorations Fonctionnelles Digestives
Hôpital Nord Marseille

Afin de mener à bien une rééducation du périnée postérieur, une collaboration entre les différents intervenants est absolument nécessaire.

1 - Le prescripteur

a) doit donner avec précision les raisons de la prescription :

- incontinence anale
- constipation
- constipation et incontinence

Pour une incontinence anale il faut connaître la cause :

- sphincter anal interne
- sphincter anal externe
- rectum...

Pour une constipation il faut être sûr que l'on a à faire à une constipation d'évacuation, et savoir si cette constipation est due à une faiblesse sphinctérienne.

La plupart des constipations terminales son, en effet, liées à une faiblesse sphinctérienne (sphincter anal interne, sphincter anal externe).

b) signaler les pathologies associées

- hémorroïdes
- fissures

c) signaler les anomalies de la statique périnéales

- rectocèle
- procidence rectale interne
- périnée descendant
- périnée descendu
- prolapsus...

La conduite de la rééducation est fonction de ces différents paramètres et il est donc absolument nécessaire que le patient ait subi un certain nombre d'examens

d'exploration fonctionnelle et d'imagerie (manométrie, défécographie, échographie endo-anale...).

2 - La patiente

Pour mener à bien une rééducation il est absolument nécessaire que la patiente ait compris son dysfonctionnement, l'origine de ce dernier et son évolution possible.

Elle doit donc savoir ce que le rééducateur veut corriger et la stratégie mise en place. Par exemple, pour traiter une constipation d'évacuation chez une patiente qui présente une faiblesse sphinctérienne on va paradoxalement muscler le périnée avant de travailler son relâchement.

3 - Le rééducateur

Il doit, dans un premier temps, utiliser la technique préconisée par le prescripteur (biofeedback, manuelle...). Dans un deuxième temps, et en fonction des résultats obtenus, il peut combiner les techniques de son choix. Tout ceci doit être associé à un apprentissage de la poussée pour avoir une défécation et un apprentissage de la respiration abdominale. En effet, cette technique de respiration permet au patient d'entretenir, de façon quasi automatique, son travail de musculation périnéale.

Le compte rendu de rééducation périnéale et primordial pour le prescripteur.

C'est ce dernier qui va permettre le plus souvent la poursuite du traitement comme le montre les 2 exemples suivants :

- 1 - une patiente constipée avec une rectocèle présente en général une asynergie abdomino-périnéale. Il faut être sûr de la disparition de cette asynergie pour envisager une correction chirurgicale de la rectocèle.
- 2 - Chez une patiente présentant une incontinence anale due à une rupture du sphincter anal interne, on espère que la musculation du sphincter anal externe compensera le déficit de pression lié à cette rupture. Il est donc primordial pour le prescripteur de savoir si la contraction du sphincter anal externe a été améliorée avant d'envisager une neuromodulation sacrée.

Sage-femme et parcours de santé/Soins de l'enfant

Anne BATTUT

Paris

François-Marie CARON

Amiens

Objectifs

- Identifier le parcours de santé du nouveau-né à bas risque.
- Rappeler les examens pédiatriques des 1^{ers} mois de vie et leurs objectifs.

Les différents parcours de soins pédiatriques

Plusieurs parcours de soins pédiatriques peuvent être définis :

- le parcours de santé du nouveau-né à bas risque : pour autant, il est nécessaire tout au long des différentes consultations de porter attention aux différents points de vigilance détaillés dans les paragraphes suivants ;
- le parcours de soins de l'enfant vulnérable :
 - prématuré né avant 33 SA,
 - retard de croissance intra-utérin < 10^{ème} percentile,
 - poids de naissance < 2000 g,
 - contexte pathologique : anoxie périnatale, embryofœtopathie, infection sévère (séroconversions...), malformation sévère, handicap sensoriel sévère.

Le parcours de santé du nouveau-né selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (1)

À considérer selon l'offre de soins du territoire.

Pour rappel :

- Sortie précoce :
 - Sortie au cours des 72 heures après un accouchement par voie basse.
 - Sortie au cours des 96 heures après un accouchement par césarienne.
- Sortie standard
 - Sortie entre 72 h et 96 h après un accouchement voie basse.
 - Sortie entre 96 h et 120 h après un accouchement par césarienne.

Tableau 1 : « Le parcours de santé du nouveau-né selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé »

Examens pédiatriques	Période	Objectifs	Acteurs concernés	Examen obligatoire/ recommandé/CS8**
À la maternité				
Naissance	Au cours des 2 ^{ères} heures de vie	Adaptation à la vie extra-utérine Absence de malformations Évaluer les risques immédiats et planifier une surveillance spécifique des premiers jours s'il y a lieu	Sage-femme ou Pédiatre	Recommandé (2)
Avant toute sortie de maternité	A partir de H48 En cas de sortie précoce : examen pédiatrique à effectuer le jour de la sortie	Examen complet Absence de malformations Évaluation des situations à risques, et si bas risque attesté, validation de la sortie et planification de la surveillance le cas échéant Pathologies fréquemment responsables de réhospitalisation : -ictère, - infection, -cardiopathie, -déshydratation. Dépistages néonataux : effectués ou s'assurer de leur réalisation* Alimentation Lien parents-enfant Rédaction document de liaison	Pédiatre	Recommandé (1) +/-CS8** et auquel cas, CS devenant obligatoire

Après la sortie de maternité				
Suivi postnatal	1 ^{ère} VAD/CS dans la semaine suivant la sortie, si possible sous 48 h Si sortie précoce, 1 ^{ère} VAD/CS sous 24 h après la sortie Concerne la mère et l'enfant	Concerne la mère et l'enfant Examen pédiatrique complet Objectifs identiques à l'examen de sortie	Sage-femme ou médecin	Nouvellement recommandé (1)
Entre J6 et J10		Examen d'expertise pédiatrique complet Évaluation des situations à risque Explication de la surveillance pédiatrique ultérieure et liaison avec le médecin qui assurera le suivi	Préférentiellement par un pédiatre ou un médecin compétent en néonatalogie	Nouvellement recommandé +/-CS8** et auquel cas, CS devenant obligatoire
Entre J11 et J28			Sage-femme ou médecin	Selon les besoins
Examen à 1 mois de vie puis tous les mois jusqu'à 6 mois	Vers J 28	Croissance staturo-pondérale Développement psychomoteur/affectif Dépistage des anomalies/déficiences Vaccinations	Médecin	Obligatoire Absence de certificat de santé

* entre 72 et 96 h de vie.

** le 1^{er} certificat de santé CS8 est un examen obligatoire à effectuer dans les 8^{ers} jours de vie qui a un double objectif organisationnel et épidémiologique pour orienter la politique en santé publique.

VAD : Visite à domicile ; CS : consultation ; CS8 : 1^{er} certificat de santé à établir dans les 8 premiers de vie.

Examen pédiatrique du nouveau-né à bas risque : les points de vigilance

Toute consultation, en cabinet **ET** à domicile, nécessite un examen pédiatrique complet.

L'adaptation à la vie extra-utérine nécessite une période transitionnelle marquée par de profondes modifications des fonctions respiratoires, cardiaques et métaboliques, période pendant laquelle tout nouveau-né est particulièrement vulnérable.

L'INFECTION

98 % des nouveau-nés infectés sont symptomatiques dans les 48 premières heures de vie, 88 à 94 % des infections à Streptocoque B le sont avant 24 heures. Ce risque concerne essentiellement les sorties précoces.

Cependant, la vulnérabilité aux infections reste élevée chez tous les nouveau-nés dans le premier mois de vie, soit infections périnatales à révélation tardive, soit contaminations postnatales, avec un risque important de complications graves.

Cela justifie d'informer toute mère, quel que soit l'âge de sortie, sur les signes qui doivent mener à une consultation rapide, sur les mesures de précaution à prendre, surtout en période hivernale et sur l'importance des vaccinations à jour des personnes entourant leur nouveau né (coqueluche, mais aussi grippe).

LES CARDIOPATHIES CONGÉNITALES

25 % de nouveau-nés avec cardiopathie congénitale sévères ne sont pas diagnostiquées avant la sortie de maternité (400 par an), et sont responsables de 6 à 10 % des causes de mort subite du nourrisson, et environ 2 décès sur 100 000 nouveau-nés (16 par an).

Les cardiopathies congénitales sont les plus fréquentes des malformations (1/4).

- 8 naissances pour 1 000.
- dont 2/1000 complexes, susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital du nouveau-né.

Mortalité et morbidité de ces cardiopathies sévères sont corrélées à la précocité du diagnostic. Aussi, il est indispensable que ces pathologies et leurs signes d'appel soient connus de toute personne intervenant auprès des nouveau-nés après le séjour en maternité.

Peu de maternités réalisent la mesure systématique des membre supérieur droit et membre inférieur de la saturation avant la sortie. Il ne reste que l'examen clinique pour repérer à temps les petits signes pouvant précéder la décompensation d'une cardiopathie ducto dépendante qui peut être brutale : cyanose (cliniquement visible si Sp O₂ < 85 %) en cas de cardiopathie cyanogène, pouls fémoraux comparés aux pouls huméraux, souffle, tachypnée, hépatomégalie en cas d'obstacle gauche.

L'ICTÈRE

Si l'hyperbilirubinémie est le plus souvent le reflet d'une simple adaptation métabolique postnatale, elle peut être parfois l'expression de pathologies congénitales ou acquises des globules rouges, voire hépatiques, digestives, infectieuses...

Toute sortie de maternité avant 7 jours de vie est « anticipée » par rapport à l'évolution physiologique de la bilirubinémie donc de l'ictère. Les professionnels assurant le suivi après la sortie doivent disposer des données de surveillance de l'ictère pendant le séjour en maternité.

Les valeurs de la bilirubinémie après la 18^e heure de vie reportées sur des normogrammes (Buthani, ...) associées à la prise en compte des facteurs de risque ont une réelle valeur prédictive du risque après la sortie.

L'échéancier du suivi par bilirubinomètre transcutané (BTC) ou prise de sang est basé sur un raisonnement intégrant la place de la bilirubinémie par rapport aux valeurs des 40^e, 75^e et 95^e percentiles ainsi que les caractéristiques de l'enfant (âge gestationnel et facteurs clinique de risque) et l'âge postnatal à la sortie.

FACTEURS DE RISQUE

- antécédents d'ictère grave dans la fratrie, maladie hémolytique familiale
- groupe sanguin O
- agglutinines irrégulières positives
- terme < 38 SA, présence de bosse sérosanguine, céphalématome..
- allaitement maternel difficile

	BTc ou BTS <40^{ème} P		BTc ou BTS 40-75^{ème} P	BTc ou BTS 75-95^{ème} P	BTc ou BTS >95^{ème} P
35-37 SA avec FDR	Clinique (+ alim) + BTc/BTS			BTS ± Photothérapie	BTS ± Photothérapie
	≤ 48h Si S.Std	≤ 24h Si S.Pr	24h-48h		
35-37 SA sans FDR ou ≥ 38 SA avec FDR	Clinique (+ alim) + BTc/BTS				
	48h-72h Si S. Std	≤ 24h Si S. Pr	24h-48h		
≥ 38 SA sans FDR	Clinique (+ alim) + Btc/BTS			Clinique (+ alim) + Btc/BTS	
	48h-72h si S. Std	≤ 24h si S. Pr	48h-72h	24h-48h	

FDR : facteur de risque d'hyperbilirubinémie sévère ; **S. Pr** : Sortie précoce de maternité (HAS 2014) ; **S. Std** : Sortie standard de maternité (HAS 2014) ; **BTc** : bilirubine transcutanée ; **BTS** : dosage sanguin de bilirubine totale ; alim : évaluation de l'allaitement et de l'alimentation ; **P** : percentile du référentiel des bilirubinémies normales d'après Maisels J et coll, Pediatrics 2009.

Les parents doivent recevoir une information orale et écrite, et le circuit de réhospitalisation en cas d'ictère pathologique doit être identifié pour instaurer sans délai le traitement adapté.

LA DÉSHYDRATATION

Devant une prise de poids insuffisante, il faut en premier lieu éliminer une déshydratation qui peut mettre en jeu rapidement le pronostic vital, et impose une

hospitalisation. Allaitement maternel en difficultés, vomissements et diarrhées sont des situations à haut risque.

Il faut donc veiller à ce que les parents reçoivent une information efficiente sur l'allaitement, que la mère soit en mesure de reconnaître les manifestations d'éveil de son nouveau-né afin de donner le sein aussitôt, et qu'elle sache aussi reconnaître la réalité d'un transfert de lait efficace.

LA DYSPLASIE CONGÉNITALE DE LA HANCHE

La prévalence de la dysplasie congénitale de hanche est de 1,3 (0,84-1,5) ‰ naissances vivantes. La prévalence du diagnostic de hanches instables par la manœuvre de Barlow ou Ortholani est de 1,6 à 28,5 ‰ enfants examinés (5).

Il est également nécessaire de rechercher des signes indirects : une limitation de l'abduction (signe d'alerte fiable et très simple), une asymétrie d'abduction ou une limitation de son amplitude ou encore des éléments du syndrome postural (6).

Comme l'a rappelé l'Académie de Médecine en Mars 2015 dans un communiqué alertant sur la récrudescence de luxations congénitales de hanche après l'âge de la marche, « c'est l'examen clinique répété des hanches à plusieurs reprises dans les 2 premiers mois qui est le meilleur moyen de faire un diagnostic précoce ». Il sera effectué par un pédiatre ou un médecin de famille bien formé, par la sage-femme, dans les centres de PMI. Il doit figurer à chaque examen dans le carnet de santé (7). L'examen clinique répété permet de diminuer le taux de chirurgie pour dysplasie congénitale de hanches. Les autres stratégies de dépistage (échographie, radiographie) n'ont pas montré leur efficacité en termes de dépistage primaire.

L'INTÉRÊT DE LA CONSULTATION PÉDIATRIQUE J6-J10

Les problématiques cliniques spécifiques des sorties précoces concernent essentiellement l'ictère, et demandent une organisation rigoureuse en maternité et un réseau d'aval bien identifié.

Toutes les autres problématiques concernent tous les nouveau-nés, et **justifient la consultation d'expertise pédiatrique précoce entre J 6 et J 10.**

Reconnaître tôt les premiers signes d'une pathologie néonatale pouvant être grave, d'autant plus qu'elle est rare, demande autant d'expérience et de formation que prendre en charge un nouveau-né gravement malade de façon patente.

Le parcours de soins du nouveau-né doit être accompagné de mesures de formation spécifique pour augmenter au besoin le nombre des médecins susceptibles de jouer ce rôle, entretenir les connaissances et faciliter le travail en collaboration. Ce sont les réseaux de périnatalité qui sont probablement les mieux placés pour assurer ces formations.

Faire mieux connaître l'importance de cette consultation pédiatrique précoce, se rendre disponible pour la rendre effective, et travailler en collaboration étroite avec les professionnels de santé assurant le suivi en sortie de maternité, constitue un nouveau challenge pour la pédiatrie ambulatoire dans l'intérêt des nouveau-nés et de leur famille.

Rappel : les compétences pédiatriques de la sage-femme

- Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie

Selon l'article L. 4151-1 : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et **des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant**, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1 » (8) (9).

- En pratique

La sage-femme est autorisée à pratiquer :

- l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant le fœtus, le nouveau-né ;
- la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin, le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
- des soins au nouveau-né dans le cadre « des examens médicaux intercurrents » comprenant un examen clinique, une prescription médicale et/ou un examen complémentaire qui peuvent survenir à la demande de la femme, pour l'évaluation d'un besoin supplémentaire, ou lors de la survenue d'un événement non prévisible ;
- la surveillance de la croissance pondérale de l'enfant dans le cadre du suivi de l'allaitement qui peut durer jusqu'à 1 an environ (10) (11).

- Sage-femme et les examens pédiatriques

La sage-femme n'est pas habilitée à effectuer les examens médicaux obligatoires prévus aux articles R. 2132-1 et suivants du code de la santé publique. Conformément à l'article R. 2132-1 du code de la santé publique, de tels examens ne peuvent être pratiqués que par un médecin et peuvent donner lieu à l'établissement d'un certificat de santé.

Dans le cadre du suivi postnatal, une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie.

Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du code de la santé publique. » (12)

- Sage-femme et prescriptions

L'arrêté du 4/02/2013 définit son champ de prescription pour le nouveau-né.

Conclusion

Toute consultation, en cabinet ET à domicile, nécessite un examen pédiatrique complet.

Références bibliographiques

- (1) Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique, argumentaire scientifique, Mars 2014, p. 75-77.
- (2) COULM, B. Parcours de santé recommandés en post-partum et accès aux soins pour la mère et le nouveau-né à bas risque IN BATTUT, A., HARVEY, H., LAPILLONNE, A. 105 fiches pour le suivi postnatal mère-enfant ». 1^{ère} éd. Paris : Elsevier Masson, 2015, 340 p.
- (3) Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.
- (4) Décret n° 2006-463 du 20 avril 2006 relatif aux certificats de santé de l'enfant et modifiant l'article R. 2132-3 du code de la santé publique, articles R 2132-1-3. Journal Officiel du 22/04/2006.
- (5) DEZATEUX, C., ROSENDHAL, K. Developmental dysplasia of the hip. The Lancet, Mai 2007, volume 369, n° 9572, p. 1541-1552.
- (6) CAMPEOTTO, F., LAPILLONNE, A. Examens des hanches ; conduite à tenir devant un craquement, une luxation congénitale de la hanche IN BATTUT, A., HARVEY, H., LAPILLONNE, A. 105 fiches pour le suivi postnatal mère-enfant ». 1^{ère} éd. Paris : Elsevier Masson, 2015, 340 p.
- (7) Académie Nationale de Médecine. Concernant la recrudescence de découverte de luxations congénitales de hanche après l'âge de la marche. Communiqué, 17 mars 2015, 2 p.
- (8) Code de la Santé Publique. Section 3 : code de déontologie des sages-femmes [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
- (9) Ordre national des sages-femmes [en ligne]. Disponible sur : < http://www.ordresagesfemmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/grossesse_accouchement_et_suites_de_couches/quels_sont_les_soins_postnataux_que_la_sagefemme_peut_etre_amenee_a_prodiguer_au_nouveaune_/index.htm> (consulté le 18/03/2015)
- (10) Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Texte n° 22. Journal officiel n°95 du 22 avril 2008.
- (11) Décision du 14 février 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. texte n° 10. Journal Officiel n° 89 du 16 avril 2013.
- (12) Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Texte n° 5. Journal Officiel n° 37 du 13 février 2013.