

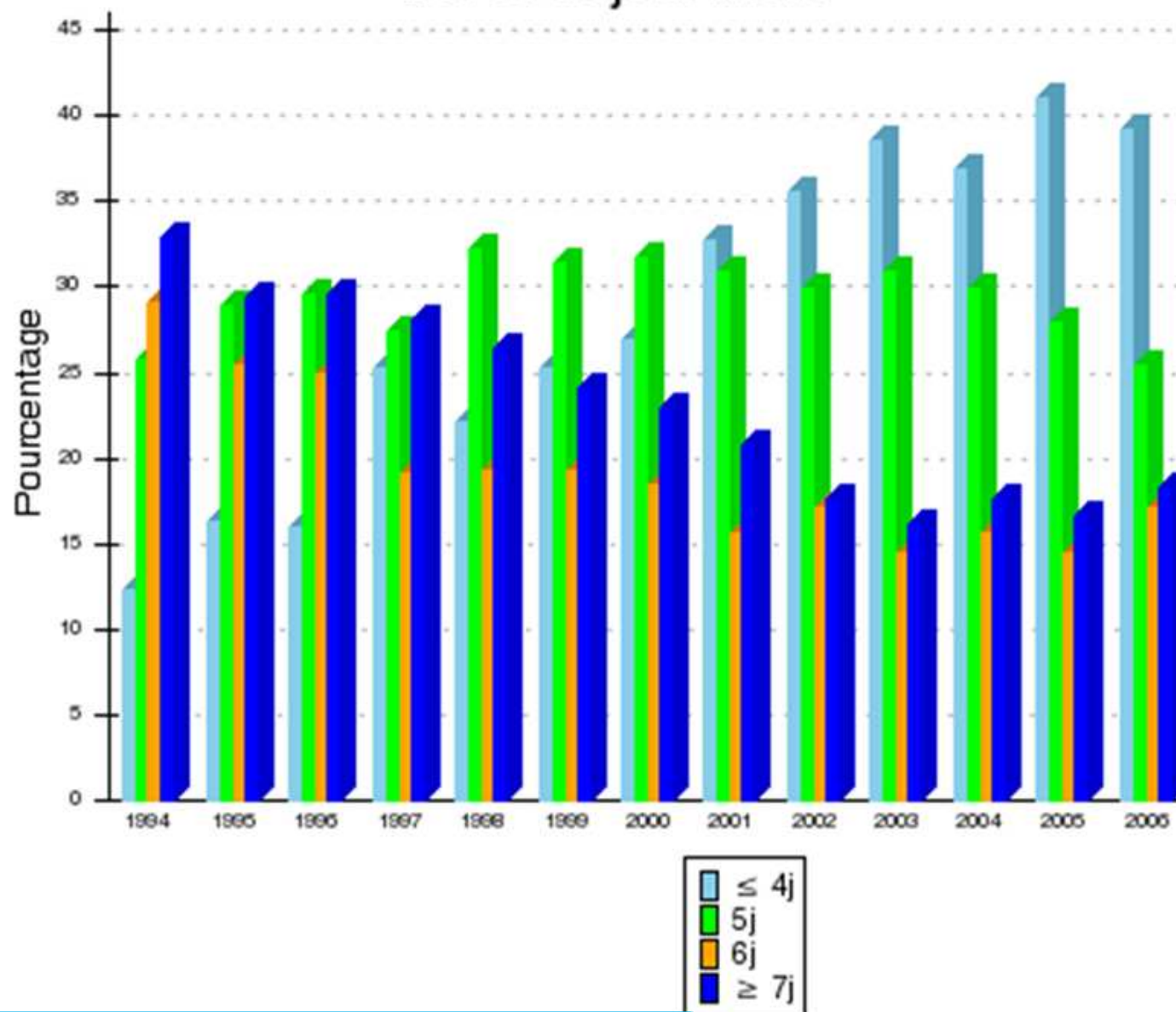
Les sorties précoces et rapides: versant pédiatrique

Définition, Etat des lieux, recommandations

Pourquoi des retours précoces à domicile après accouchement: RPDA ?

- *Volonté des parents:*
 - Démédicalisation de la Maternité
 - Prise en charge personnalisée, centrée sur la famille
 - Projet de naissance anticipé
 - Volontariat éclairé des familles
- *Saturation des Maternités*
 - Hausse des naissances
 - Plan de périnatalité 1998 /fermeture des petites maternités:
 - En 1975: 36% Maternités < 300 accouchements / an
 - Fin 2007: 4% des Maternités < 300 accouchements / an
 - baisse de 47 % du nombre de maternités de type I entre 1996 et 2007
 - **DMS divisée par 2 : 8 Jours en 1975 / 4,4 Jours en 2010**
source DREES, Enquête nationale périnatale 2010

Durée séjour mère



Tendance aux sorties de plus en plus rapides

Source AUDIPOG

Pourquoi des sorties précoces ?

- *Argument économique:*
 - Tarification des actes
 - Favoriser rotation des lits en Maternité
 - Tendances nationale à réduire durée d'Hospitalisation:
 - Proposition sortie « rapide » à H72
 - RPDA = Augmentation capacité = Maternité + rentable

 - *Discutable (HAS, note de cadrage, 2012) :*
 - La diminution du coût direct hospitalier est-elle supérieure au coût d'une prise en charge extra-hospitalière quel que soit le mode organisationnel rencontré (HAD, SF libérale)
 - Surcoût des soins médicaux dispensés en ville
 - Quid des réhospitalisations?

Définitions / HAS

- Les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » :
 - **AVB:** sortie entre **J0 et J2 inclus**
(J0 étant le jour de l'accouchement)
 - **Césarienne:** Sortie entre **J0 et J4 inclus**
- On peut différencier :
 - des sorties hyperprécoces (J0)
 - très précoces (J1)
 - modérément précoces (J2).
- Les « sorties rapides »:
 - non définies par l'HAS
 - À H72
 - *Brown et al., Revue Cochrane, 2009:*
 - grande variabilité dans les définitions des sorties précoces...

DES RECOMMANDATIONS /HAS EN 2004: POURQUOI ?

1. « *L'expérience des pays qui le pratiquent* depuis de nombreuses années souligne que le RPDA est :
 - sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé, et choisi ou entièrement accepté ;
 - mal vécu s'il est contraint voire imposé
 - potentiellement néfaste s'il n'est ni préparé, ni correctement organisé. »

2. *Les complications pour le nouveau-né:*
 - Résurgence des ictères sévères (*De Luca et al., 2009 / Burgos et al., 2008*)
 - Pertes de poids et déshydratation (*Danielsen et al., 2000*), difficultés mise en place AM (*Brown et al., 2009*)
 - Infection (*Graven et al., 1999*)
 - Cardiopathie congénitale (*Chang et al., 2008*)

L'expérience malheureuse des USA

- *I. Demontgolfier, JTA, 2008; A.M.Fink, JOGNN, 2010:*
 - USA 1970: DMS à 4,1 jours
 - Initialement pressions des familles + raisons économiques + pénurie de lits
= DMS raccourcie
 - **MAIS: DEMEDICALISATION DU POST PARTUM...**
 - USA 1980: pression assurances de santé: prise en charge que 12 à 24 H post partum
 - ***Pas d'organisation de suivi à domicile...***
 - En 1992: DMS = 2.7 jours
 - **CONSEQUENCES:** réapparition d'ictères nucléaires
 - AAP recommandations (*guidelines for perinatal care*) : registre de surveillance des ictères nucléaires.
 - **1996: loi de protection de la mère et de l'enfant votée:**
 - 48 heures post AVB et 96 heures post césarienne : pris en charge par compagnies d'assurance
 - La sortie est désormais décidée selon des critères de sélection des mères et des nouveau-nés.
 - ***Le suivi doit être organisé..***
 - *En 2003:* DMS AVB: 2.1jours, DMS Césariennes: 4 jours

Autres Expériences internationales...:

- **Modèle scandinave (Vanpée et al., 2009)**
 - RPDA, organisé depuis 20 ans...66% des NN,
 - taux de réhospit 1,3% (2003/2004)
- **Modèles ANGLAIS (I. Demontgolfier, JTA, 2008)**
 - Anténatal, élaboration « plan birth » avec médecin TTT
 - Programme DOMINO (In and Out): travail à domicile, accouchement à l'hôpital, retour domicile à H6
 - Suivi post natal de 10 jours organisé
- **Modèle Canadien (I. Demontgolfier, JTA, 2008):**
 - DMS 2,4 jours
 - Recommandations médicales existent depuis 1997, sorties « safe », taux d'AM préservé (Yanicki et al. 2002)
 - Organisation dès anténatal

Recommandations HAS 2004

- **Trois conditions de base doivent être respectées :**
 1. Bilan de *l'état de santé* physique et psychologique de *la mère* et de son *enfant* / évaluation des conditions sociales / résultats des examens complémentaires satisfaisants
 2. *Compétence et autonomie maternelle* (l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé) ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile
 3. *suivi à domicile organisé* / un ou des professionnels compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture : intervention possible dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles
- *Volontariat éclairé et récent de la mère*, avis du père recueilli à titre consultatif...

Les conditions nécessaires: la mère

1. Absence de signes d'infection
2. Contrôle du risque hémorragique
3. Contrôle de la douleur
4. Instauration du lien mère-enfant
5. Prise en compte de l'état psychique
 - La dépression ou les antécédents de dépression grave
 - La psychose puerpérale
6. Précarité sociale
7. Risque d'échec de l'allaitement maternel

Les conditions nécessaires pour le NN

Critères cliniques:

- déroulement physiologique de la grossesse, du travail et du post-partum immédiat
- nouveau-né à **terme** (> 37 SA), **singleton et eutrophique**
- score d'Apgar à 5 minutes supérieur à 7.

- **Examen clinique « attentif » normal**
- Signes vitaux stables et normaux durant les 12 heures précédant la sortie :
 - rythme respiratoire de 60 par minute
 - pas d'épisode d'apnée, saturation en oxygène dans les limites de la normale
 - rythme cardiaque compris entre 100 et 160 battements par minute
 - température axillaire comprise entre 36,1 et 37,0 °C, pour un enfant en lit et habillé normalement.

- **Alimentation établie**, « contrôle de 2 repas réussis et documentés » :
 - Succion / déglutition coordonnées
 - transfert effectif de lait constaté par un professionnel
- Évacuation du méconium dans les 24 premières heures de vie
- Une miction et une selle au moins: *Pas de troubles digestifs*

- **Absence d'ictère dans les 24 premières heures de vie et pas de facteur de risques d'ictère sévère**

Les conditions nécessaires pour le NN: Critères biologiques et actions complémentaires

- **dosage transcutané de la bilirubine à H24** et avant la sortie;
- **tests de dépistage organisés** par la maternité et programmés ;
- selon le statut maternel vis-à-vis du virus de l'hépatite B : (séro)vaccination de l'enfant à vérifier
- **Résultats des examens complémentaires connus et normaux** (bactériopériph++, si FR d'IMF: pas de sortie avant H48)
- **Education parentale:**
 - Support écrit recommandé (oubli)
 - Maîtrise soins de puériculture, de l'alimentation
 - Signes d'alerte pour NN et sa mère
 - Critères de surveillance du NN (rythme de vie, couchage, urines, MSIN...)

L'organisation à domicile conseillée / HAS

- **Equipe responsable du suivi à domicile prévenue**
 - *avant Autorisation RPDA*
 - accord et organisation du 1^o RDV à domicile.
- **document de liaison spécifique :**
 - conforme à la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile
 - remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.
- s'assurer que les conditions domestiques du retour à domicile sont propices à une bonne intégration du nouveau-né dans la structure familiale:
 - conditions de logement adaptées
 - soutien par l'entourage suffisant.
 - Présence du père recommandée dès la sortie de la maternité (anticiper congés paternité)

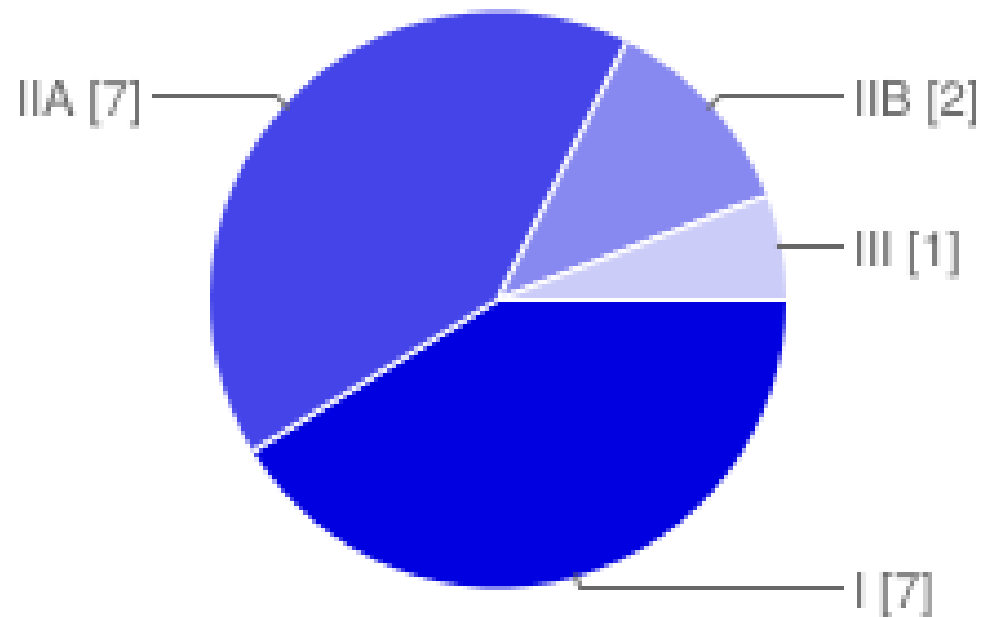
*Etat des lieux en 2013
en Midi-Pyrénées*

Méthode de recueil des données

- Questionnaire informatisé
- Adressé à 23 maternités de la région Midi-Pyrénées
 - 1 type III
 - 2 types IIB
 - 8 types IIA
 - 12 types I
- Un seul correspondant / Maternité
- 26 questions sur:
 - Type de maternité
 - DMS, nbre d'accouchements, taux d'AM
 - Pratique des RPDA?
 - Comment?

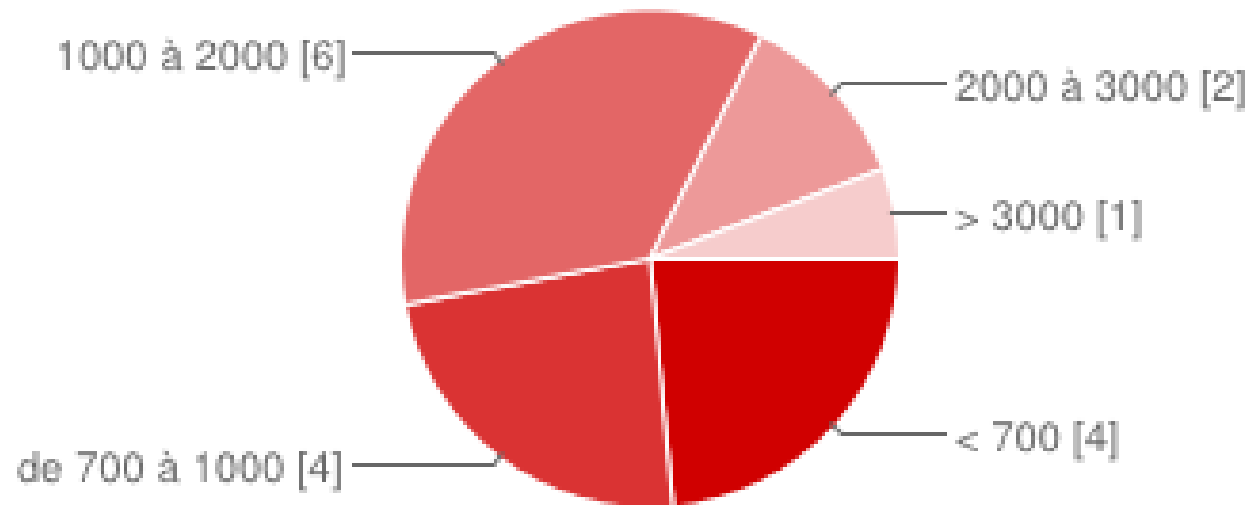
résultats

- 18 réponses / 23 questionnaires envoyés:
 - Soit 78% de participation
 - Types de Maternité:
 - I: 7 (38%)
 - IIA: 7 (38%)
 - IIB: 2 (11%)
 - III: 1 (5%)
 - 1 anonyme, non précisé



Résultats: Nombre d'accouchements par an

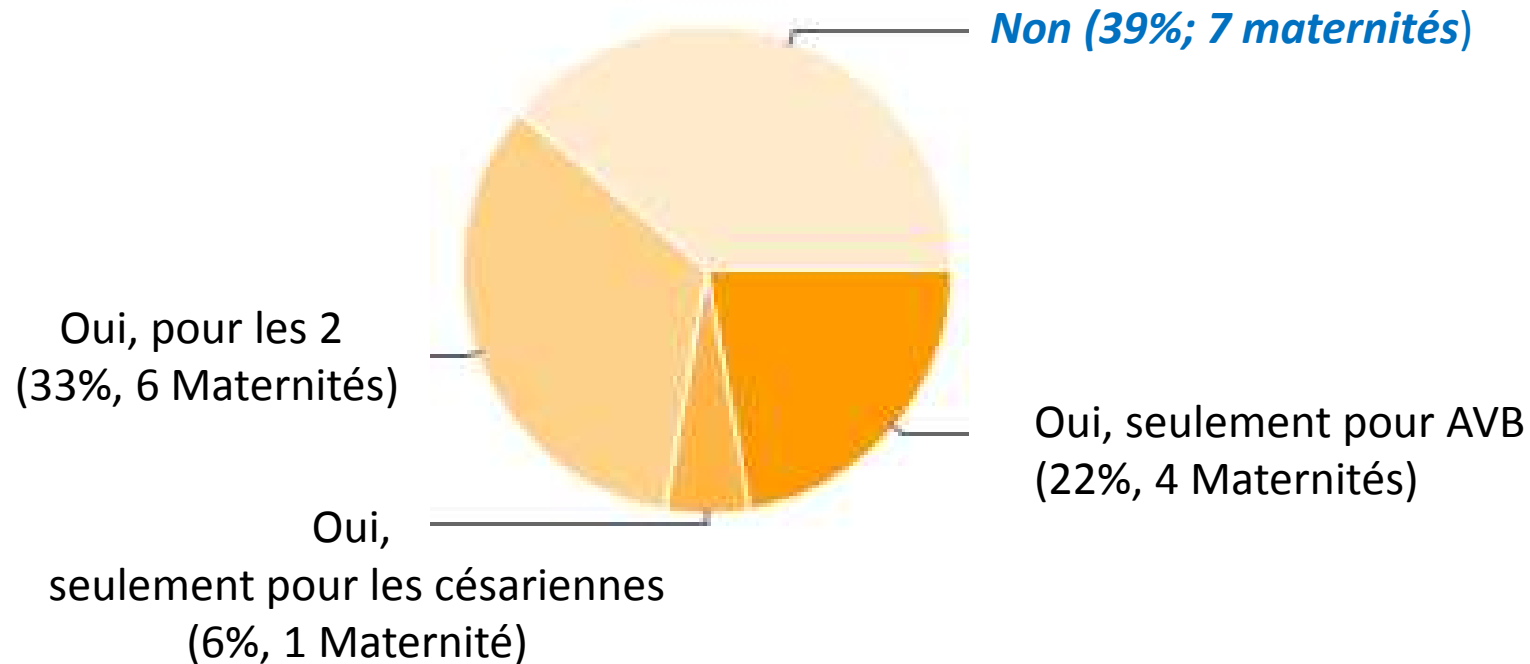
< 700	4	24 %
de 700 à 1000	4	24 %
1000 à 2000	6	35 %
2000 à 3000	2	12 %
> 3000	1	6 %



Les caractéristiques: Les DMS et l'Allaitement Maternel

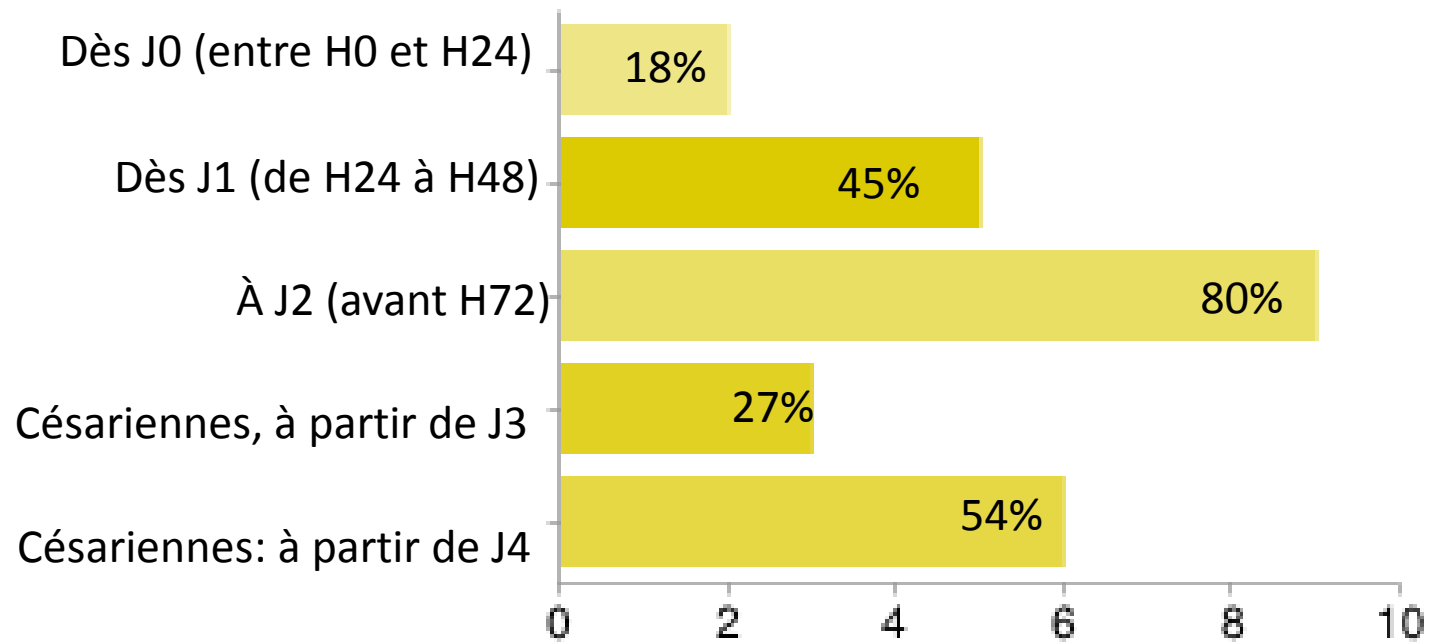
- ***Les Durées moyennes de séjour:***
 - Global: 4,1 jours (3,8 à 4,87)
 - AVB: 3,7 jours (2,5 à 4,5)
 - Césariennes: 5,6 jours (4,5 à 7)
- ***taux moyen d'AVB: 81 (74% à 90%)***
- ***Taux moyen de césariennes: 18,5% (10% à 25%)***
- ***Taux moyen d'allaitement maternel: 66% (50% à 90%)***
- Résultats comparables aux données de *l'enquête nationale, 2010, drees*

Oui ou *non*: RPDA comme défini par HAS?

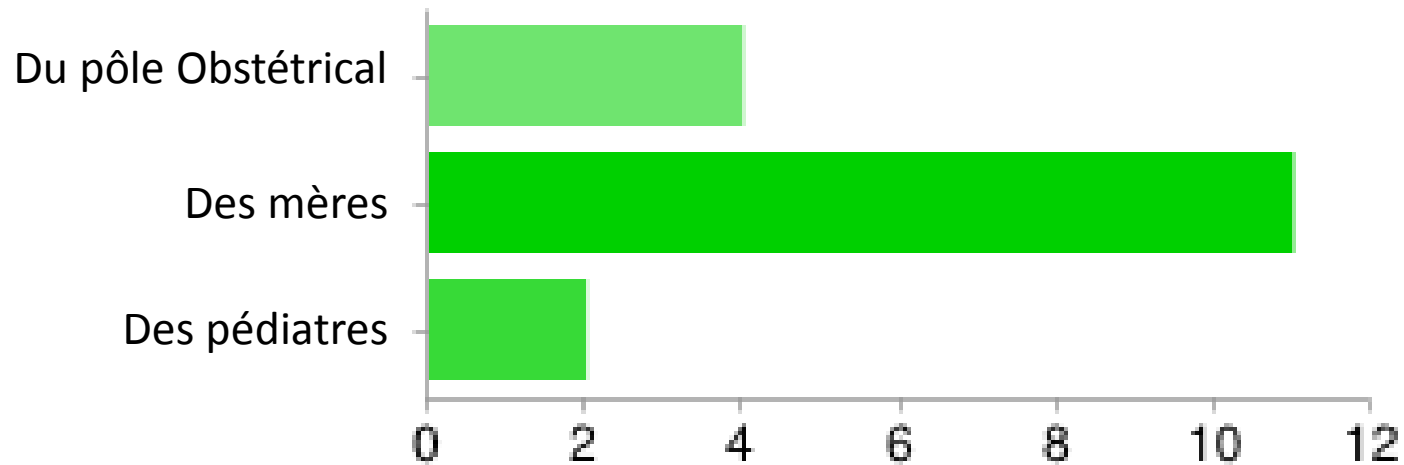


Parmi les 7 Maternités qui ne pratiquent pas les RPDA: 4 types II, 2 types I, 1 non précisé

Quand les RPDA sortent ?



Les demandes de "sorties précoces" émanent



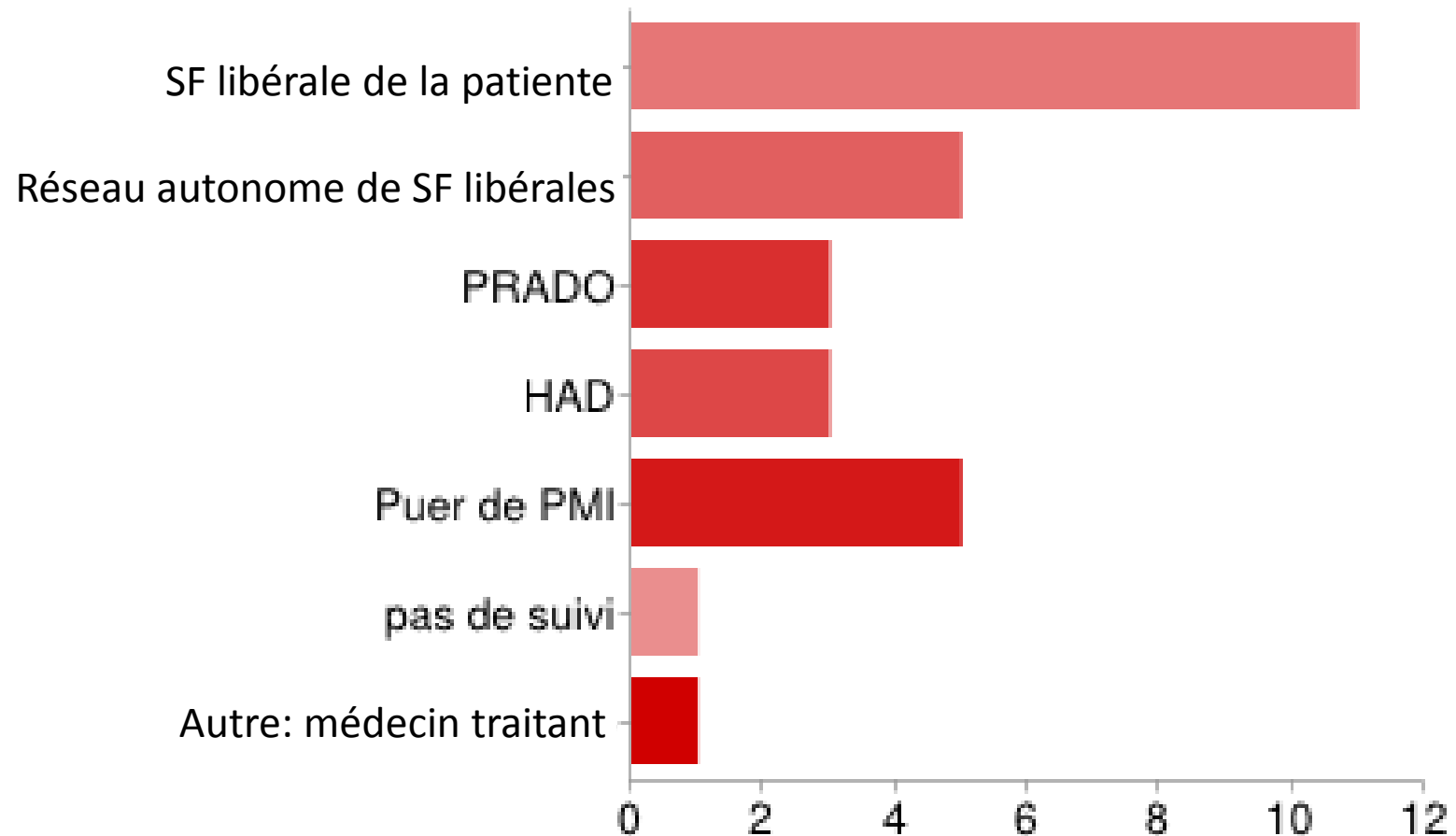
Infos anténatales sur le RPDA:

- Ne sait pas dans 50% cas
- oui: 30% des Maternités
- non: 20% des Maternités

Protocole écrit de RPDA:

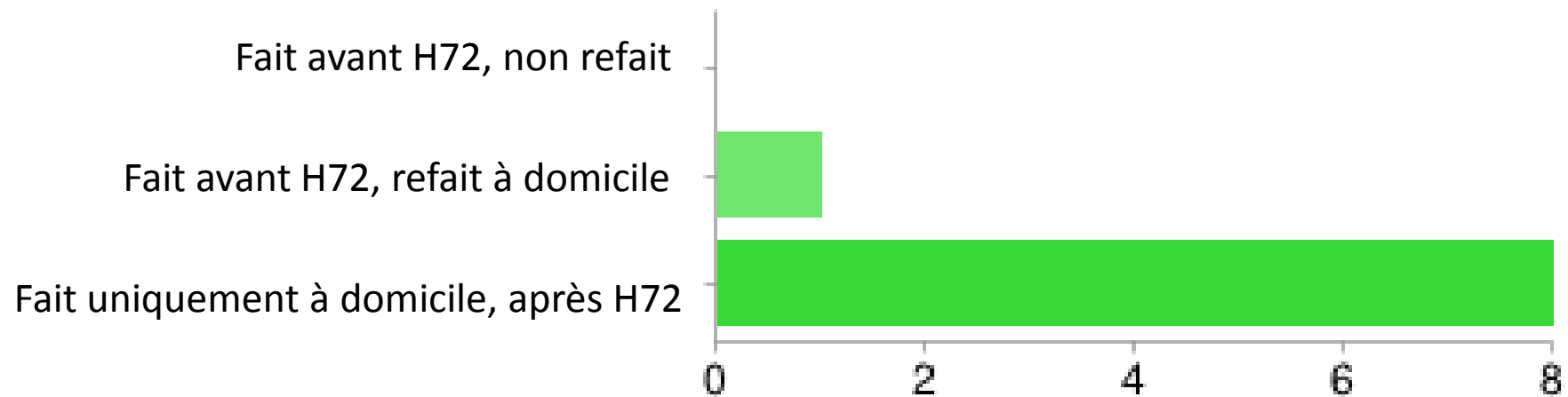
- OUI: 20%
- NON: 80%

ORGANISATION DU SUIVI A DOMICILE



Fiche de liaison écrite Maternité/Ville : oui pour 9 Maternités / 11

Le GUTHRIE: qui le fait? quand est-il fait?



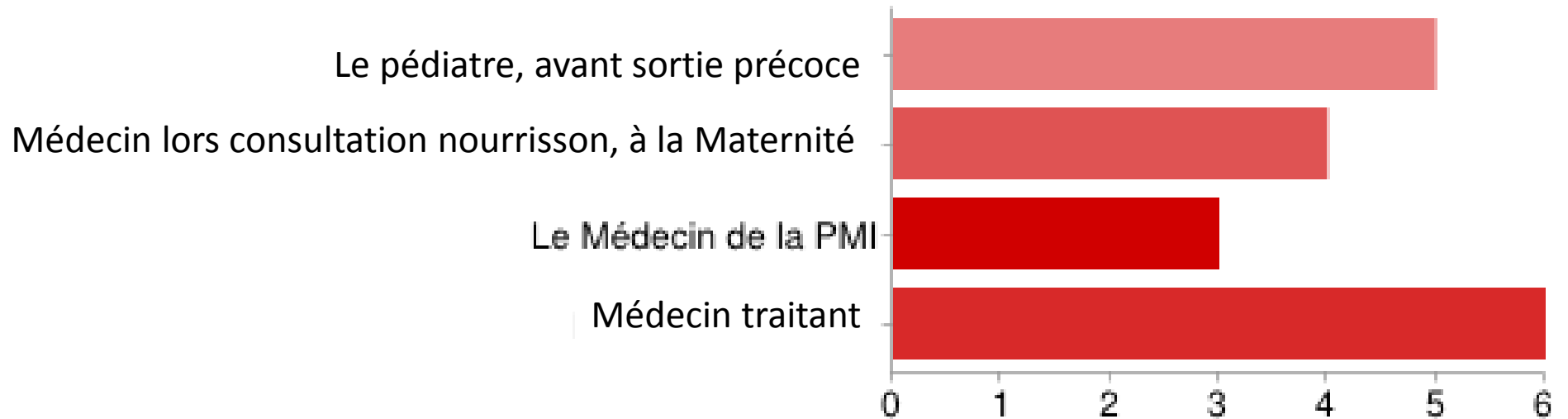
+ Pour 1 Maternité: Guthrie fait lors de la consultation nourrisson après J3, à la Maternité

Examen clinique du NN

- *Examen clinique par pédiatre avant RPDA:*

- Oui dans 90% cas

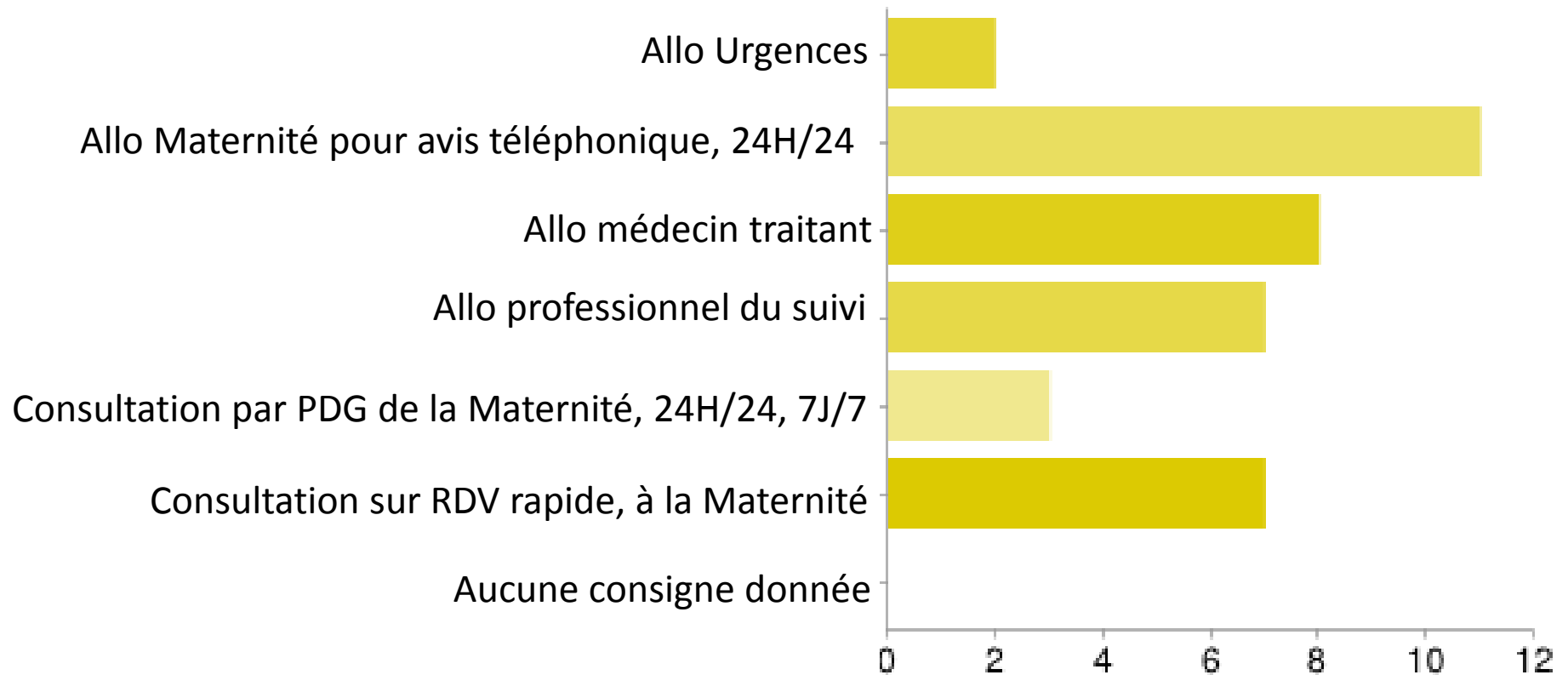
- *Le certificat dit « du 8^e jour »:*



Consultation nourrisson systématique pour les RPDA au sein de la Maternité?

- Pas de consultation nourrisson dans la Maternité:
 - 73% des cas (8 Maternités)
- *Oui* : 3 Maternités (2 types I, 1 type II)
 - Par qui:
 - pédiatres: 2 cas
 - SF + pédiatre: 1 cas
 - Quand:
 - Entre J3 et J5: 3 cas
 - Entre J5 et J8: 3 cas

Quelles consignes si inquiétude parentale?



Mais, taux de réhospitalisation: non connu....

Le Retour précoce...

1. *Si oui: % de RPDA/ Nbre total d'accouchés:*

- Ne sait pas: 55% cas

- <5%: 2 Maternités

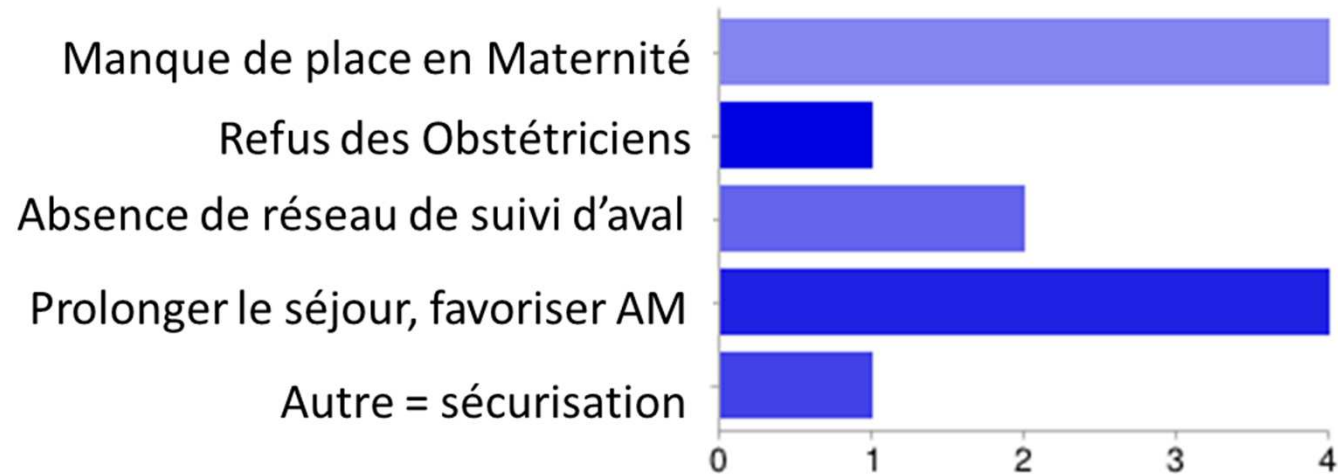
- De 5 à 10%: 1 Maternité

- > 10%: 2 Maternités avec:
 - Pour une Maternité:
 - 1% de RPDA pour AVB
 - 52% de RPDA pour les césariennes (J4)
 - Pour l'autre Maternité: 13%

- *Enquête nationale 2010: RPDA = 2% des AVB non compliqués*

Le Retour précoce...

2. *Si non: Pourquoi?*



- *Des précisions:*

Dans 3 Maternités (/ 7) : si pas de RPDA, sortie rapide à J3, relais / PRADO

Discussion des résultats

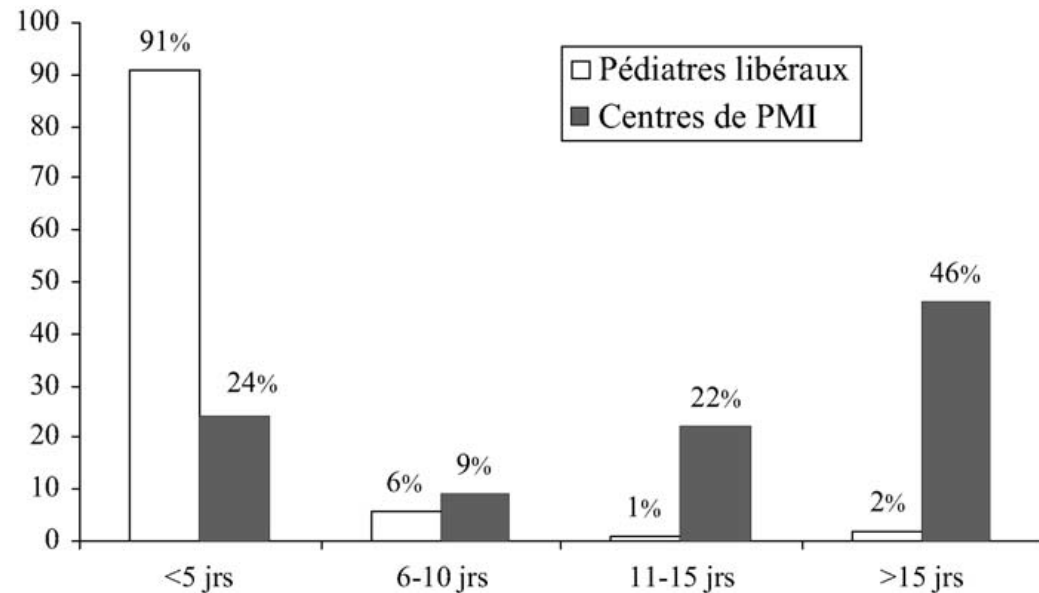
- Taux participation correct
- RPDA = un mode de sortie envisageable pour + 60% des Maternités de Midi-Pyrénées
- Le plus souvent: sorties modérément précoces :
 - Pour AVB, 80% cas , à J2,
 - pour césa, 54% des cas à >J4
- Familles volontaires dans 100% cas
- « problème de disponibilité de lits » retrouvée que dans 4 établissements?
 - 1 type III, 2 types I, 1 type IIa
 - pas de problème de places en Maternités de Midi-Pyrénées??

Discussion des résultats: le suivi des RPDA

- **Suivi à domicile organisé:**
 - Pour 1 établissement: réponse « non » car suivi organisé directement en Maternité
 - Pour les autres Maternités: rôle des SF libérales +++
 - Fiche de liaison écrite dans 9 Maternités
- **Quid du PRADO:**
 - seulement 3 Maternités utilisent ce programme
 - Argument /sortie rapide avec PRADO, pour 3 Maternités ne pratiquant pas le RPDA
- **HAD: « l'expérience ariégeoise » (*Chanot et al., 2009*):**
 - RPDA + HAD = Pas de risque comparativement aux sorties classiques
 - Taux d'AM comparables à 1 mois
 - Familles satisfaites, mieux informées (BB secoué, tabagisme passif)
 - Mais est ce le rôle de ce type de structure? À réserver au « post-partum pathologique » (*HAS, 2012*)

Discussion des résultats: le suivi des RPDA

- La PMI: 50% des Maternités y font appel:
 - *Assathiany et al., 2006*
 - disponibilité de la PMI / des pédiatres libéraux en cas de RPDA?
 - Délai de RDV moyen pour pédiatre libéral: 4,4 jours
 - Délai avec PMI: 18,7 jours...
 - suivi des RPDA \neq vocation PMI



Délais de RDV, en Mai 2004, région parisienne (*Assathiany R., 2006*)

Discussion des résultats: les consultations

- Si inquiétudes parentales:
 - 100% cas: Des consignes aux parents
 - 100% cas: Disponibilité téléphonique des Maternités
 - Plus de disparités dans les possibilités de consultations urgentes, rapides
- ✓ Seulement pour 3 maternités : une consultation nourrissons organisée
- ✓ Mais 7 Maternités : possibilité de consultations rapides
- ✓ Et 3 Maternités: consultations possibles par PDG 24H/24
- Intérêt du « certificat dit du 8^ojour », signé avant le RPDA?
 - Réhabiliter la Cs médicale du 8^ojour
 - Former les Med Généralistes aux spécificités de cet examen
- L'ictère: intérêt Bilirubinomètre trans-cutané pour SF ? PMI? Médecin TTT?

Discussion des résultats: le Guthrie

- D'après les textes (HAS, 2004):
 - « Leur planification doit tenir compte des délais nécessaires pour leur significativité. La maternité doit s'assurer de la réalisation des prélèvements après la sortie. »
 - « L'enfant quittant la maternité avant 72 heures de vie, il est impératif que la réalisation des tests de dépistage (systématiques et nécessaires) soit assurée dans les délais habituels .»
 - « *La responsabilité de transmettre les consignes et le matériel nécessaires aux prélèvements et à leur envoi devrait échoir à la maternité* »
- D'après ces résultats:
 - *Si RPDA: Guthrie réalisé à domicile par professionnel assurant suivi (SF libérale, quid des PMI? Médecin TTT?):*
 - *éviter les oublis ?*
 - *Matériel?*
 - *Protocole avec Centre Dépistage?*
 - *Sinon rediscussion H72?*

Conclusion

- *RPDA si demandée par famille et organisée*
= *sans risque surajouté pour NN et sa mère (Straczek et al., 2008)*
- En Midi-Pyrénées: pratiqué mais quantification difficile, reste « marginal »
- Comment le « démarginaliser »?
 - Rôle des consultations prénatales (examen dit « du 4^o mois »)
 - Anticiper, informer
 - Former un réseau d'aval
- Consultations de suivi en Maternité:
 - difficile à mettre en place
 - Manque de moyens, effectifs médicaux
- L'accompagnement à domicile, indispensable: nécessité de collaborer avec les SF et médecins libéraux
- Lien Maternité/ville primordial (proposition fiche de suivi?)

Conclusion

- Une inconnue:
 - *Le taux de réhospitalisation des moins de 1 mois?:*
 - Thèse Med Gen M. Pignières, 2009
 - En 2008, CHU Toulouse: 816 NN < 1 mois viennent aux Urgences
 - 60% de consultations simples
 - 1/3 cs le WE, après 18H
 - Augmentation: de 7% en 2001 à 34% 2007
 - Pas forcément des sorties rapides, ni précoces...

Fiche de liaison de sortie (1^{er} modèle) RSN - Version du 25 juin 2007

Maternité Sage-femme référente

Pédiatre Puéricultrice /Infirmière

Téléphone de liaison

Nom de la mère Age Parité

Domicile

Secteur de PMI

Téléphone

Groupe sanguin et rhésus

Antécédents à noter (pour la surveillance de la mère et du nouveau-né)

.....

.....

Prélèvement vaginal au 9^{ème} mois (Streptocoque B) : positif négatif non fait

Accouchement : voie basse césarienne

Anesthésie : aucune loco-régionale (rachis ou périt) générale

Vaccin anti-D fait

Traitement en cours

Nom de l'enfant

Date de naissance Heure de naissance

Poids de naissance

Date de sortie Poids de sortie

Circonstances de naissance

.....

.....

Présentation : céphalique siège autre

Liquide gastrique : non fait négatif positif

Allaitement maternel Complet Mixte

Déroulement de l'allaitement en maternité

.....

Ictère débutant Cause présumée

Absence de contre-indications médicales à la sortie précoce : ictère en cours, infection, courbe de poids et capacité à téter, lien mère-enfant satisfaisant

Entourage prévu au domicile

.....

.....

Consignes pour les jours suivants la sortie

1-

2-

3-

4-

Consultation prévue en maternité après la sortie le

*Réseau « Naître ensemble »,
Pays de Loire, 2007*