



HAL
open science

Les demandes de rapprochements mère-enfant dans le sillon alpin en 2010 : étude descriptive rétrospective multicentrique des hébergements et de leur impact économique

Stéphanie Pellicier

► **To cite this version:**

Stéphanie Pellicier. Les demandes de rapprochements mère-enfant dans le sillon alpin en 2010 : étude descriptive rétrospective multicentrique des hébergements et de leur impact économique. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743714

HAL Id: dumas-00743714

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743714>

Submitted on 19 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.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>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**LES DEMANDES DE RAPPROCHEMENTS MERE-
ENFANT DANS LE SILLON ALPIN EN 2010 :
ETUDE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE
MULTICENTRIQUE DES HEBERGEMENTS ET DE
LEUR IMPACT ECONOMIQUE**

Mémoire soutenu le : 1 juin 2012

Par : PELLICIER Stéphanie
Née le : 02 mars 1988

En vue de l'obtention du Diplôme de Sage-Femme
2012

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mr le Professeur Thierry DEBILLON, PU-PH en Réanimation Néonatale et Néonatalogie au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mr le Dr Fabrice CNEUDE, PH en Réanimation Néonatale et Néonatalogie au CHU de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble et guidante de ce mémoire ;

Mme Nadine VASSORT, Mme Claire BAUDON, Mme Chrystèle CHAVATTE, Mme Laurence COMBET BLANC, Mme Sophie JOURDAN et Mr Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant(e) à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Jocelyne DUJOURDIL, Sage-Femme Cadre à la clinique des Cèdres.

Je remercie plus particulièrement,

Mme Marie Claude DEGIOVANNI, Sage-femme Cadre à la clinique Belledonne de Grenoble et directrice de ce mémoire ;

pour m'avoir aidée dans la construction de mon mémoire, et pour avoir répondu aux questionnaires sur les services de néonatalogie et d'UME

A la maternité de Chambéry, Mme S. DAME, Mme C. CROZET Cadre de Santé et Mme A. M. DUC Sage-femme Cadre ;

A la maternité d'Annemasse-Bonneville, Mr J.P BONNEFOY, Mr S. TAPIE Cadre de Santé et Mme B. CHARVET Sage-femme Cadre Supérieure ;

A la maternité de Thonon-les-Bains, Mme S. BEGNI Sage-femme Cadre et Mme D. LOUIS Sage-femme Cadre supérieur ;

A l'HCE de Grenoble, Mme S. CARRABY Sage-femme cadre et Mr D. DIONNET Cadre de Santé ;

A la maternité de Voiron, Mme J. REGAL Sage-femme Cadre Supérieure, et Mme DELSARTRE Cadre de Santé ;

A la maternité d'Albertville, Mme B. RIGAUD Sage-femme Cadre et Mme C. BELLARD Cadre de Santé ;

A la maternité de Sallanches, Mme V. CARTON Sage-femme Cadre et Mme L. DUMAY-MUDAY Cadre de Santé ;

A la maternité d'Annecy, Mme S. LEROUX Sage-femme Cadre Supérieure, Mme E. BROCPUEL Sage-femme Cadre et Mme N. LATHURAZ Cadre de Santé ;

pour avoir répondu au questionnaire sur les services d'UME et de réa/néonatalogie

L'ensemble de l'équipe des maternités des Centres Hospitaliers de Grenoble, Chambéry, Annemasse, Thonon-les-Bains, Albertville, Sallanches, Voiron, Annecy et de la Clinique Belledonne.

Enfin je tiens à remercier, toute ma famille, mes proches et mes amis pour leur compréhension et leur soutien lors de l'élaboration de ce mémoire ;

Et un grand merci à mon grand frère, géomaticien, pour avoir réalisé les cartes de mon mémoire.

SOMMAIRE

I.	GLOSSAIRE	1
II.	INTRODUCTION	2
III.	MATERIELS ET METHODES	6
	1. TYPE D'ETUDE.....	6
	2. SITES DE L'ETUDE.....	6
	3. POPULATION ETUDIEE	6
	4. MODE DE RECUEIL DES DONNEES	6
	5. LES VARIABLES	7
	6. CRITERES DE JUGEMENTS	8
	7. ANALYSE STATISTIQUE.....	9
IV.	RESULTATS	10
	1. FLOW CHART	10
	2. REPARTITION DES DEMANDES DE RME :	11
	3. CAUSES DE REFUS DE RME	14
	4. RECENSEMENT DES HEBERGEMENTS HOSPITALIERS ET EXTRA HOSPITALIERS	15
	5. DUREE DE SEJOUR DES MERES RAPPROCHEES ET DE LEUR ENFANT	16
	6. IMPACT FINANCIER ET CONTRAINTES GEOGRAPHIQUES	17
	7. MODE D'HEBERGEMENT DES MERES APRES LEUR SORTIE DE MATERNITE	19
V.	DISCUSSION	21
	1. CONTRAINTES LIEES AU RECUEIL DES DONNEES	21
	2. LIMITES DE L'ETUDE	21
	3. RESTRUCTURATION DES MATERNITES	22
	4. DEMANDE DE RME ET SEJOUR DE LA MERE RAPPROCHEE	23
	5. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES	24
	6. NIVEAU DE MATERNITE ET MOTIF D'HOSPITALISATION DU NOUVEAU-NE	25
	7. APPROCHE ECONOMIQUE DES DIFFERENTS TYPE DE LITS EN MATERNITE	26
	8. OUVERTURE DE NOUVEAUX LIEUX D'HEBERGEMENTS EXTRA HOSPITALIER.....	27
	9. EVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES	28
VI.	CONCLUSION.....	29
VII.	BIBLIOGRAPHIE	30
VIII.	ANNEXES	32

I. GLOSSAIRE

RME : Rapprochement Mère-Enfant

RPAI : Réseau de Périnatalité Alpes Isère

RP2S : Réseau de Périnatalité des deux Savoie

TNN : Transfert Néonatal

SI : Soins Intensifs

TIU : Transfert in utero

RAD : Retour à domicile

UME : Unité mère-enfant

UK : Unité kangourou

SGDM : Service de Gestion des Dossiers Médicaux

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

HCE : Hôpital Couple Enfant

CH : Centre Hospitalier

IQ : Espace interquartile

ENC : Echelle nationale de coût

DMS : Durée Moyenne de Séjour

II. INTRODUCTION

La mise en œuvre du plan périnatalité de 1994 a permis de développer les transferts périnataux et les pratiques de travail en réseau. Dans la région Rhône-Alpes, quatre réseaux périnataux coordonnent l'activité des services d'obstétrique et de néonatalogie¹¹ [Annexe 1] : le réseau grenoblois dit « Alpes-Isère » (RPAI), le réseau lyonnais dit « Aurore Grand Lyon » (AURORE), le réseau stéphanois dit « Réseau Périnatal Loire Nord-Ardèche » (ELENA) et le réseau de Chambéry dit « Réseau Périnatal des Deux-Savoie » (RP2S). La cellule des transferts périnataux de la région Rhône-Alpes (CRTPRA), mise en place en 2002, a permis d'améliorer les conditions de transferts des femmes enceintes (Transfert In Utero ou TIU) et des nouveau-nés (Transfert Néonatal ou TNN). L'organisation périnatale s'est appuyée sur la mise en place des TIU, apparaissant comme une prise en charge bien supérieure aux TNN. Les missions des réseaux ont été renforcées par le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». En 2010, il y a eu 25 500 naissances dans le sillon alpin, ce qui a donné un taux de TNN de 1,3%¹⁷.

A la suite des décrets d'octobre 1998, il y a eu progressivement la mise en place de la régionalisation des services. Ces décrets définissent les missions et les conditions de fonctionnement des établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 1998) ainsi que les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins¹. Ainsi ils ont défini plusieurs niveaux de maternité et ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, destinés à prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né.

Niveau des maternités :

		National*	Rhône-Alpes*
I	maternité	49 %	55%
IIa	I + unité de néonatalogie	23 %	25%
IIb	Ia + unité de soins intensifs de néonatalogie	16 %	11%
III	IIb + unité de réanimation néonatale	12 %	9%

* en 2010⁴ [Annexe 1]

Il semble que l'adéquation du type de la maternité au niveau de risque des enfants se soit renforcée depuis plusieurs années, puisque les transferts néonataux dans un autre établissement

au niveau national continuent de baisser passant de 3% en 1995, à 1,9% en 2003 et à 1% des enfants en 2010^{1, 16}. Le taux de transferts global a peu changé depuis 1995 (8,7% en 1995, 8,1% en 2003 et 7% en 2010)^{1,16}.

L'objectif des transferts néonataux (TNN) qui se font dans l'urgence (accouchement inopiné, urgence néonatale...) est de diminuer la morbidité et la mortalité néonatales. Les objectifs poursuivis sont multiples : améliorer la sécurité pour les mères et les enfants, permettre l'accès à une prise en charge adéquate, favoriser en toutes circonstances le lien précoce entre la mère et l'enfant, réduire les dépenses de santé³. Le transfert du nouveau-né dans une maternité autre que celle où il est né permet d'assurer une prise en charge, adaptée à l'état de santé du nouveau-né, de façon coordonnée et graduée entre les maternités françaises.

Le rapprochement mère enfant (RME) se définit comme le transfert en post partum de la mère de l'établissement où elle a accouché vers l'établissement de type II ou III où son enfant a été transféré après la naissance⁶. Cette demande s'effectue auprès de l'équipe médicale du lieu de leur hospitalisation [Annexe 4].

Les services de maternité hébergent généralement ces mères mais manquent souvent de places d'hospitalisation. Elles occupent des lits en unité mère-enfant (UME) ou en unité Kangourou (UK) lorsqu'elles sont hospitalisées ou sont hébergées dans les chambres mère-enfant en tant qu'accompagnantes, lorsque leur état ne nécessite plus de soins. L'hébergement du père la nuit peut être possible et une psychologue ou une unité spécialisée passe voir les mères au besoin [Annexe 6].

- Il n'existe pas de définition précise d'une UK, ces unités accueillent les enfants qui ont besoin de soins pédiatriques, à l'exclusion de tout geste de réanimation (niveau II et III) et dont la mère est présente : bébés nés prématurément (à partir de 31 SA), ou de petit poids (à partir de 1500g), ou présentant une pathologie peu sévère (infection, hypoglycémie, ictère, troubles digestifs...), ou porteurs d'une malformation (trisomie 21, fente labiopalatine), mais dont la vie n'est pas menacée. Cette unité inverse la pratique habituelle qui consiste à amener le nouveau-né dans la structure de soins, en déplaçant au contraire les soignants vers les nouveau-nés, c'est-à-dire dans la chambre de leur mère¹⁰.
- Les chambres mère-enfant ont un statut particulier car la mère n'y est pas hospitalisée. Lorsque l'hospitalisation est longue, les mères qui le souhaitent bénéficient d'un statut de mère accompagnante, 48 heures avant la sortie de leur enfant. Ce statut de mère

accompagnante, permet à la mère de retrouver un séjour proche de celui de la maternité avec son bébé près d'elle 24 heures sur 24, afin qu'elle se réapproprie son enfant sans un personnel omniprésent en chambre mère-enfant⁷.

L'hospitalisation de leur enfant en un lieu éloigné du domicile, provoque de nombreuses ruptures : sur un plan familial et affectif, un plan professionnel, un plan économique, ou un plan social. Ainsi, des lieux d'hébergements extrahospitaliers ont vu le jour pour suppléer au manque de places en hébergement ou en hospitalisation. Ces lieux permettent aux familles de rester auprès de leur enfant, en les entourant et en leur apportant une aide matérielle. Il existe plusieurs types de structures : les maisons des parents, les foyers, les hôtels hospitaliers, et d'autres structures atypiques (pavillons ou appartements proposés par des particuliers ou des associations). Les premières structures sont apparues au début des années soixante-dix⁷.

Même si les transferts se font en général à l'intérieur d'un réseau (près de 90% en 2003 et 2004² en Rhône-Alpes) les distances parcourues par les familles, si leur enfant reste hospitalisé après leur sortie de maternité (qu'elles aient été rapprochées ou non), peuvent être importantes. Si la mère n'est pas hébergée sur place dans un logement extra hospitalier, les aller-retour pour aller voir son enfant sont contraignants financièrement, matériellement et moralement. L'éloignement est décrit comme une épreuve douloureuse pour 80% des parents dans le réseau Aurore⁸. Les familles émettaient des réserves sur l'organisation des RME, et regrettaient le fait de n'avoir pu voir leur enfant à la naissance ou la difficulté pour lui rendre visite, « signer une décharge, payer elle-même le taxi, le transport en véhicule personnel par le père... »⁸.

On peut se poser des questions sur les risques liés à la séparation mère enfant en post natal. Malgré les recommandations des Communautés Européennes, du Comité Hospitalier et de la Communauté Economique Européenne, en l'absence de décision du parlement européen, les associations ont rédigé en 1988 la Charte de l'enfant hospitalisé [Annexe 2]. Cette charte n'est pas un texte officiel reconnu par les grandes institutions (Unesco, OMS, Union européenne), elle est cependant devenue au fil des ans un texte de référence. Il y est stipulé « qu' un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit quel que soit son âge ou son état », « que les parents seront encouragés à rester auprès de leur enfant et qu'on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire »⁷. Plusieurs études montrent qu'une présence

effective – physique et psychique – des parents auprès de leur enfant hospitalisé, minimise les risques de dépression et favorise le lien mère-enfant. De plus une des missions des réseaux est de « Favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveau-nés et de leur mère »⁹.

L'objectif principal était d'évaluer le taux de demandes de RME acceptées dans les maternités de niveau II et III des réseaux RP2S et RPAI en 2010.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier les types d'hébergements et la durée de l'hébergement des mères ayant fait une demande de RME, acceptée ou non, dans le sillon alpin en 2010.
- d'évaluer les contraintes de distance et l'impact financier subis par ces mères pour se rendre auprès de leur enfant maintenu en hospitalisation après leur retour à domicile.

III. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective multicentrique.

2. Sites de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les unités de néonatalogie du RPAI et du RP2S réparties dans neuf établissements : à l'HCE de Grenoble, à la clinique Belledonne et dans les centres hospitaliers de Chambéry, Voiron, Annecy, Albertville, Sallanches, Thonon-les-Bains, et Annemasse. Ce qui représente deux établissements de niveau III et sept établissements de niveau II répartis sur les départements de l'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie.

3. Population étudiée

Inclusion : tous les enfants ayant bénéficié d'un TNN dans une unité de néonatalogie des neuf hôpitaux et nés dans un autre établissement de niveau inférieur, entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010, quel que soit leur âge gestationnel, dont le transfert a eu lieu dans la limite de 28 jours de vie suivant leur naissance, et dont les parents avaient demandé un RME, que cette demande ait été acceptée ou non. En cas de transferts multiples pour un même enfant, seul le transfert vers l'établissement de niveau le plus élevé ou l'établissement de recours en cas de pathologie chirurgicale a été comptabilisé.

Exclusion : les transferts intra muros, les réhospitalisations ou les transferts suivis du décès de l'enfant, les enfants nés ou retransférés vers une maternité de niveau inférieur, les enfants confiés à la DDASS ou nés sous X, les mères sous curatelle, les mères non joignables, refusant de participer à l'étude ou ne parlant pas français.

4. Mode de recueil des données

Les données à l'inclusion ont été recueillies par deux étudiantes Sage-Femme. L'informatisation des données a été associée à une anonymisation des données [Annexe 3].

Les coordinateurs néonatalogues des réseaux RPAI et RP2S, le Pr DEBILLON et le Dr DEIBER, ainsi que les cadres de chaque service de néonatalogie, ont donné leur accord pour accéder aux données médicales des dossiers de néonatalogie, qui ont été traitées dans le respect du secret professionnel. Une déclaration au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) simplifiée a été faite via le site internet du CNIL.

La première phase a consisté à recenser tous les nouveau-nés transférés en 2010 grâce au listing du bureau des entrées, ou au cahier des entrées dans les services de néonatalogie. Un premier tri a été réalisé pour exclure les transferts non éligibles à l'étude.

La deuxième phase a été d'appeler les familles des enfants éligibles pour savoir si une demande de RME avait été effectuée, et le cas échéant si elle avait été acceptée ou refusée. En effet les demandes de RME, et les hébergements dans une structure extra hospitalière n'étaient jamais référencés dans les dossiers de néonatalogie. Les familles ont été appelées en suivant une trame d'entretien [Annexe 3] trois fois maximum (une fois le matin avant 12h, une fois l'après-midi de 12h à 16h, une fois le soir après 16h) en semaine. A la fin de cette phase, un deuxième tri a été réalisé pour exclure les enfants transférés dont les parents n'avaient pas demandés de RME

5. Les variables

Tous les dossiers médicaux des nouveau-nés dont la mère avait fait une demande de RME ont été sortis des archives pour recueillir les variables suivantes [Annexes 3 et 4]:

- pour le nouveau-né, ses caractéristiques à la naissance, les données de son transfert et de son hospitalisation, et sa durée d'hospitalisation après le TNN.

- pour la mère, les données socio démographiques, les caractéristiques de la grossesse, du pré, per et post partum, et sa durée de séjour.

La médiane de la durée de séjour des mères a été comparée à celle estimée selon l'échelle nationale de coût (ENC). Dans le cas d'une femme sans pathologie surajoutée, la tarification à l'activité (T2A) a défini pour l'ENC, une durée de séjour de six jours pour une césarienne et quatre jours pour un accouchement voie basse.

- les variables géographiques. Les distances qui séparaient le domicile des parents et le service de néonatalogie du transfert de l'enfant ont été calculées grâce au site internet Mappy en rentrant les codes postaux des villes avec l'option : trajet le plus court.

- les variables de coût

- le coût du trajet domicile parental – service de néonatalogie :

Le coût du trajet séparant le domicile du service de néonatalogie du transfert de l'enfant a été calculé en €, sous l'hypothèse d'un aller-retour par jour effectué en voiture par la route avec une consommation d'essence moyenne de 10L/100km, avec du Sans plomb 98 à 1,5€/L, d'où un prix de revient à 0,15€ par km. Le prix des trajets ne prend pas en compte le choix des familles de prendre ou non l'autoroute

- le coût total estimé des trajets domicile – service de néonatalogie durant le reste de l'hospitalisation des nouveau-nés après le retour à domicile de leur mère :

Nous avons calculé le coût total des trajets sous l'hypothèse d'un aller-retour par jour en multipliant le coût du trajet (en €) par la durée d'hospitalisation des nouveau-nés après retour à domicile de la mère (en jours).

Ex : Domicile familial à Chamonix et enfant hospitalisé au CH de Chambéry : distance Chamonix-Mont-Blanc – Chambéry = 147 km. Distance aller-retour = $147 \times 2 = 294$ km. Enfant hospitalisé 12 jours après le retour à domicile de sa mère.

➔ Estimation du coût des déplacements journaliers pour rendre visite à l'enfant : $294 \times 0.15 = 44$ € par jour

➔ Estimation du coût du déplacement total pour rendre visite à l'enfant après le retour à domicile de la mère : $44 \times 12 = 528$ €

Ont été recueillies auprès des cadres des services, des informations sur les caractéristiques des services d'UME et de néonatalogies et des différents centres d'hébergements extra hospitaliers [Annexe 3]. Les associations Sparadrap et SOS Préma ont également été contactées.

6. Critères de jugements

Le critère de jugement principal a été le taux de RME acceptés sur le taux de demandes de RME selon les maternités d'accueil.

Les critères de jugement secondaires ont été :

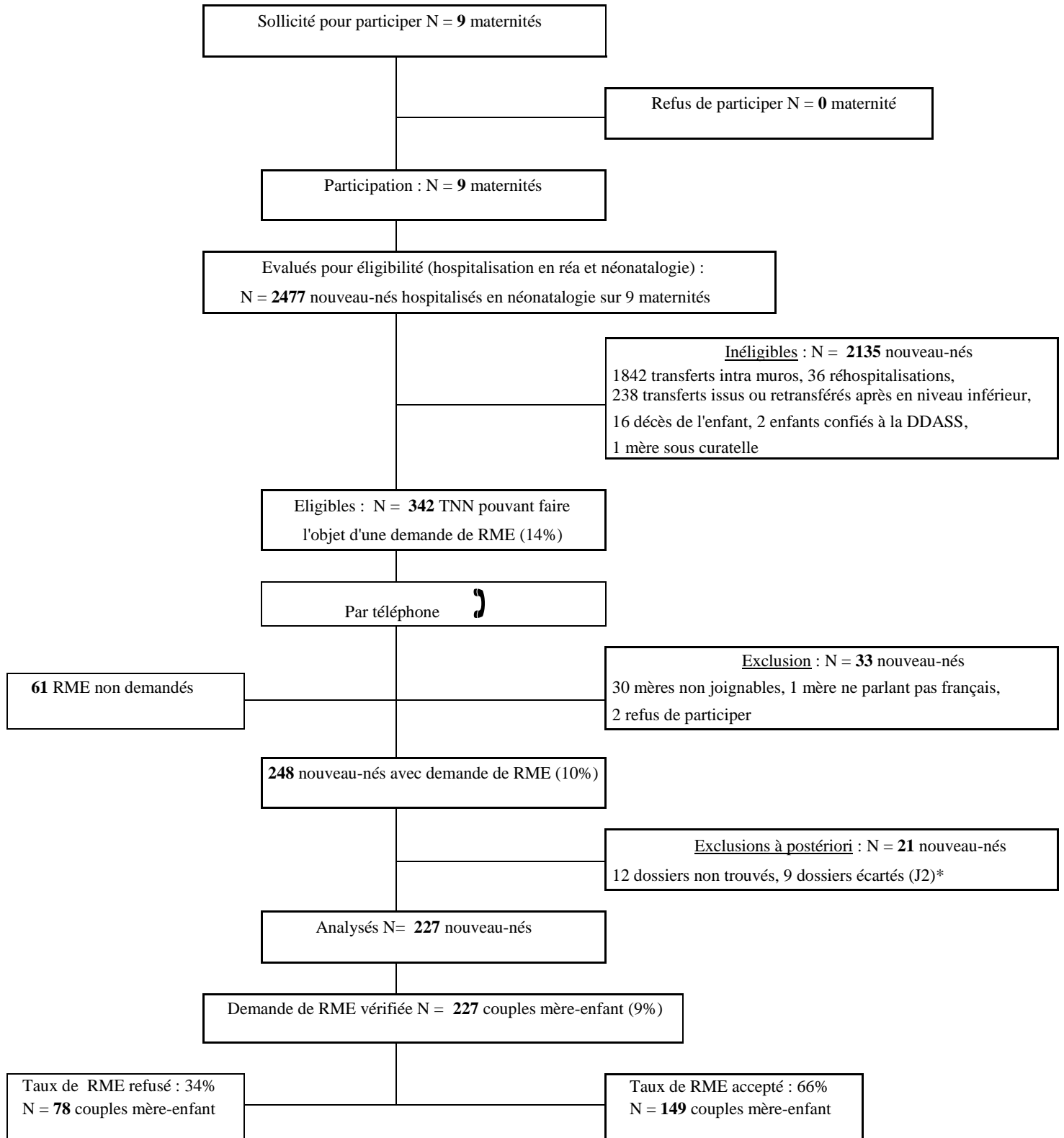
- la durée de séjour (en jours) selon les différents hébergements pour les mères
- les distances domicile-néonatalogie (en km) et le coût du trajet (en €) selon la durée du séjour de l'enfant (en jours) après la sortie de la mère de maternité.

7. Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel Statview. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion, les variables quantitatives par la médiane et l'espace interquartile (IQ) avec des estimations ponctuelles et un intervalle de confiance (IC) à 95%.

IV. RESULTATS

1. Flow chart



* 9 dossiers écartés car il s'agissait du 2ème jumeau transféré au même endroit que J1, une seule demande de RME ayant été faite par leur mère. Seul J1 a été pris en compte pour toutes les grossesses gémellaires dont les 2 enfants avaient été transférés dans la même maternité.

Neuf maternités ont accepté de participer à l'étude : l'HCE (Hôpital Couple Enfant) de Grenoble, et le CH (Centre Hospitalier) de Chambéry qui sont des niveau III ; le CH d'Annecy qui est de niveau IIb ; et les CH de Voiron, Annemasse, Thonon-les-Bains, Sallanches, Albertville et la clinique Belledonne à Grenoble qui sont des niveau IIa. Ont été analysées 227 demandes de RME, acceptées ou refusées.

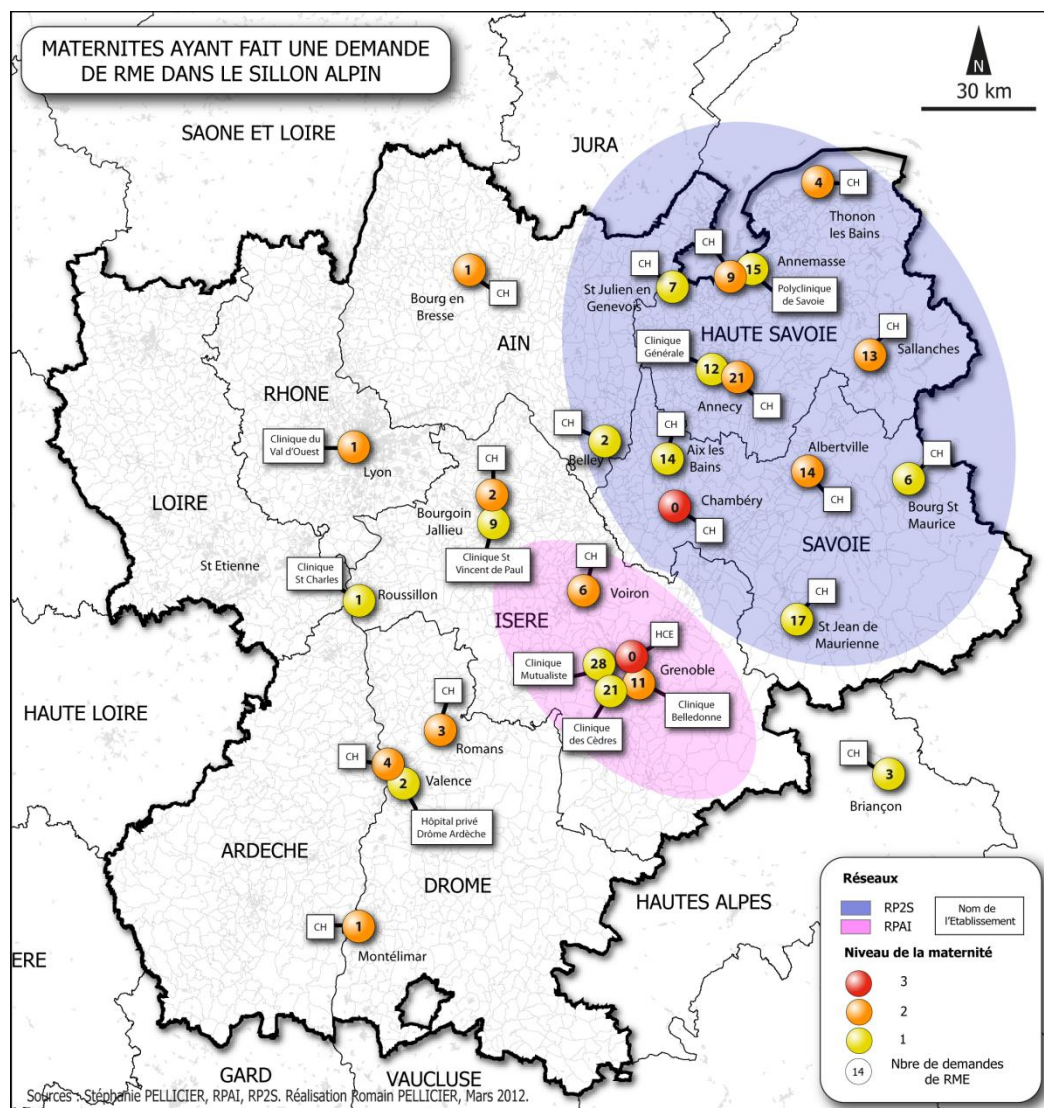
En résumé, 342 enfants ont été hospitalisés dans un service d'hospitalisation néonatale après TNN en 2010, pour lesquels une demande de RME pouvait être faite, soit 14% des 2477 enfants hospitalisés. Une demande de RME a été effectuée pour 248 enfants (10%), 227 dossiers ont pu être analysés. Le taux de demandes de RME acceptées dans les maternités du sillon alpin est donc de 66% en 2010.

2. Répartition des demandes de RME :

Les demandes de RME en direction des maternités des réseaux du RPAI et du RP2S provenaient de maternités réparties sur différents réseaux (RPAI, RP2S, AURORE et Périnat Sud) et différents départements (l'Ain, la Savoie, la Haute-Savoie, l'Isère, le Rhône, la Drôme et les Hautes-Alpes). Les provenances et le nombre de demandes a varié d'une maternité à l'autre [Annexe 5]. Il n'y a eu aucune demande de RME effectuée en direction des maternités de Thonon-les-Bains et Sallanches éligibles à l'étude.

Les maternités émettrices d'une demande de RME appartiennent dans 60% des cas (137 demandes) à une maternité de niveau I et dans 40% des cas (90 demandes) à une maternité de niveau II. Dans 59% des cas, ces demandes proviennent de maternités appartenant au réseau RP2S (134 demandes), dans 29% des cas au réseau RPAI (66 demandes) et dans 12% des cas à un autre réseau (27 demandes).

Carte I : Maternités ayant fait une demande de RME dans le sillon alpin



Les établissements d'hospitalisation des nouveau-nés ayant reçu une demande de RME, sont pour 75% des cas (170 demandes) une maternité de niveau III et pour 25% des cas (57 demandes) une maternité de niveau II. Le réseau RP2S a reçu 118 demandes de RME soit 52%, le RPAI a reçu 109 demandes de RME soit 48%.

Il y a eu 114 demandes de RME intra RP2S soit 50%, 66 demandes intra RPAI soit 29%, et 41 demandes extra réseau soit 21%.

Le nombre de demandes de RME acceptées, a été pour les établissements de niveau II de 88% (50 demandes/57) et pour les établissements de niveau III de 58% (99 demandes/170). Le

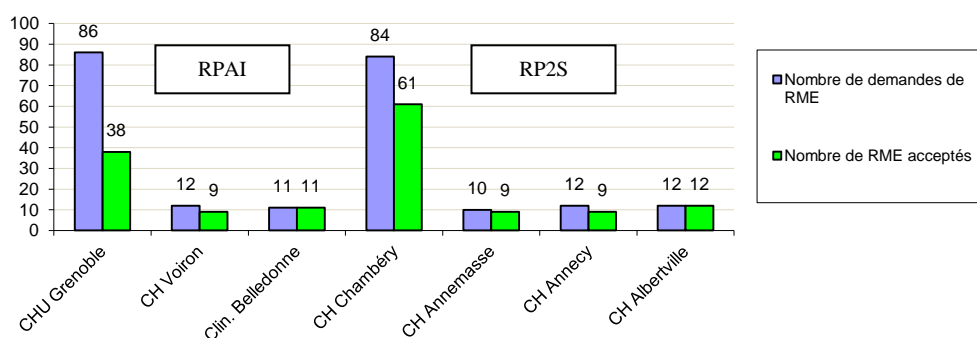
réseau RP2S a accepté 77% des demandes (91 demandes/118) et le réseau RPAI 53% (58 demandes/109).

Tableau I : Les demandes de RME selon les maternités d'accueil

Etablissement d'hospitalisation du nouveau-né d'où émane la demande de RME	Maternités de naissance (d'où émane la demande de RME)																Total des demandes RME reçues / établissement accueil	Total des demandes RME acceptées / établissement accueil	%																	
	Réseau RP2S											Réseau RPAI				Extra réseau																				
	CH Annecy	Clinique Générale	CH Saint Julien en G,	CH Sallanches	CH Thonon les Bains	CH Annemasse	Polyclinique de Savoie	CH Aix les Bains*	CH Albertville	CH Bourg saint Maurice	CH St. Jean de Maurienne	CH Belley	Clinique Belledonne	Clinique Mutualiste	Clinique des Cèdres		CH Voiron	n	n	%																
niv III	Chambéry	15	4	3	12	4	8	4	13	9	1	5	2				4	84	61	73																
	HCE	6	3	2	1		1		5	1	1		11	20	14	6	15	86	38	44																
Total accueil en niveau III																	170	99	58																	
niv II	Annecy	X	5	2			1	1		1	2							12	9	75																
	Annemasse					X	10											10	9	90																
	Albertville								X	3	9							12	12	100																
	Voiron													2	2	X	8	12	9	75																
	Belledonne												X	6	5			11	11	100																
Total accueil en niveau II																	57	50	88																	
Total des RME demandés selon la maternité de naissance																	21	12	7	13	4	9	15	14	14	6	17	2	11	28	21	6	27	227	149	66

* La maternité du CH d'Aix les Bains appartenant au RP2S a été fermée en septembre 2010. Nous avons pris en compte dans notre étude les transferts au départ de cette maternité jusqu'à sa fermeture.

Figure I : Répartition des demandes de RME acceptées dans les maternités d'accueil

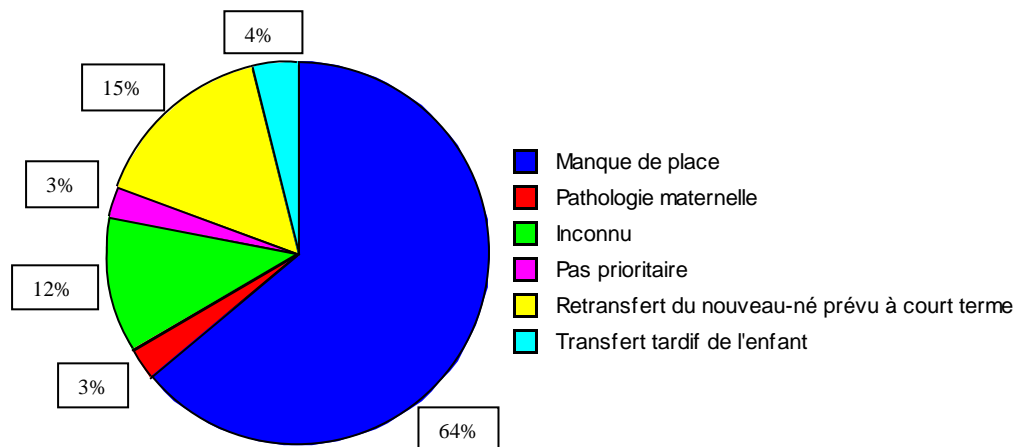


En 2010, en ne prenant pas en compte les mutations internes lors des différents séjours des nouveau-nés, à Chambéry, il y a eu 470 enfants entrés dans les services de réa néonatalogie et néonatalogie pour leur premier séjour et 522 à l'HCE. A Annemasse, en néonatalogie il y en a eu 200, à Thonon-les-Bains, 242, à Annecy 358, à Albertville 194, à Sallanches 189, à la clinique Belledonne 180 et à Voiron 122 [Annexe 6]. Il y a donc eu, à Chambéry, 18% d'enfants entrés après un transfert d'une autre maternité dans les services de réa néonatalogie et néonatalogie dont la mère a fait une demande de RME. Il y en a eu 16% à l'HCE, 5% à Annemasse, 0% à Thonon-les-Bains, 3% à Annecy, 6% à Albertville, 0% à Sallanches, 6% à la clinique Belledonne et 10% à Voiron.

3. Causes de refus de RME

149 demandes de RME (66%) ont été acceptées et 78 demandes refusées (34%).

Figure II : Causes de refus lors d'une demande de RME



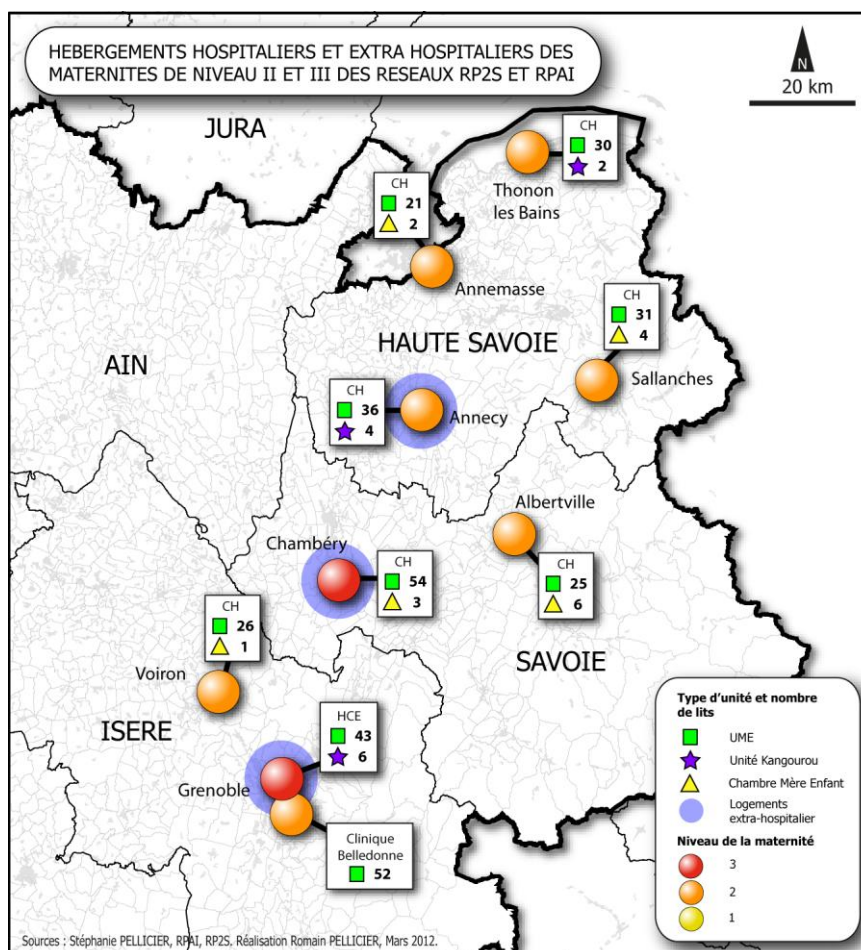
Les motifs des refus sont détaillés dans l'histogramme ci-dessus.

La cause la plus fréquente était dans 64% des cas (50 demandes/78) liée à un manque de place et dans 91% des cas (71 demandes/78), concernaient une demande de RME en niveau III, Les refus concernaient 35% des demandes de RME dans le réseau RP2S (27 demandes refusées), et 65% des demandes de RME dans le réseau RPAI (51 demandes refusées).

4. Recensement des hébergements hospitaliers et extra hospitaliers

Trois maternités possédaient une unité kangourou, et cinq des chambres mère enfant. Les tarifs hospitaliers différaient d'un établissement et d'un type d'hébergement à l'autre. En moyenne dans les deux réseaux en 2010, une chambre seule en UME revenait à 47 € par jour de dépassement non pris en charge par la sécurité sociale (les chambres doubles ne donnant pas lieu à un dépassement). Les chambres en UK, systématiquement des chambres seules, pouvaient se situer dans un service à part ou dans le service d'UME avec des chambres non réservées à cet effet. Le dépassement de la chambre était d'environ 42 € par jour. Le coût moyen de la chambre mère enfant était de 18 € par jour de dépassement.

Carte II : Hébergements hospitaliers et extra hospitaliers dans les maternités de niveau II et III des réseaux RP2S et RPAI et nombre de lits selon le service



Trois maternités proposaient des logements extra hospitaliers : à Grenoble, trois studios et une maison familiale hospitalière étaient disponibles pour les familles et à Chambéry et à Annecy un appartement associatif composé de plusieurs chambres [Annexe 7].

5. Durée de séjour des mères rapprochées et de leur enfant

La durée moyenne de séjour attendue est de 4 jours pour un accouchement voie basse et de 6 jours pour une césarienne pour une femme sans pathologie surajoutée (échelle nationale de coût).

Tableau II : Caractéristiques du séjour des mères en maternité en cas d'acceptation du RME

	Niveau III	Chambéry	HCE	Niveau II	Albertville	Annecy	Annemasse	Belledonne	Voiron	TOTAL
Nombre de mères	n = 99	n = 61	n = 38	n = 50	n = 12	n = 9	n = 9	n = 11	n = 9	n = 149
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Durée de séjour des mères (jours), médiane (IQ)										
Durée de séjour totale	6 (3)	7 (3)	5 (1)	6 (5)	6 (4)	10 (8)	6 (2)	7 (4)	6 (4)	6 (3)
Durée de séjour après le RME	5 (3)	6 (3)	4 (2)	5 (5)	4 (5)	9 (10)	5 (2)	5 (4)	4 (2)	5 (3)
Durée de séjour des mères en maternité (de naissance + de rapprochement)/ Durée de séjour attendue*										
Durée séjour mères = Durée séjour attendue	17 (17)	7 (12)	10 (26)	10 (21)	5 (50)	0 (0)	4 (44)	1 (9)	0 (0)	27 (18)
Durée séjour mères < Durée de séjour attendue	24 (24)	11 (18)	13 (34)	5 (11)	0 (0)	2 (22)	1 (12)	0 (0)	2 (25)	29 (20)
Durée séjour mères > Durée séjour attendue	58 (59)	43 (70)	15 (40)	32 (68)	5 (50)	7 (78)	4 (44)	10 (91)	6 (75)	90 (62)
Délais entre Transfert du nouveau-né/RME**										
RME à J0 du transfert de l'enfant	30 (30)	23 (38)	7 (18)	23 (49)	8 (73)	3 (38)	3 (33)	7 (64)	2 (25)	53 (36)
RME à J1 du transfert de l'enfant	49 (50)	29 (47)	20 (53)	21 (45)	3 (27)	4 (50)	6 (67)	2 (18)	6 (75)	70 (48)
RME ≥ à J2 du transfert de l'enfant	20 (20)	9 (15)	11 (29)	3 (6)	0 (0)	1 (12)	0 (0)	2 (18)	0 (0)	23 (16)
Séjour mère / séjour nouveau-né***										
Sortie nouveau-né = Sortie mère	44 (44)	27 (44)	17 (45)	43 (90)	10 (91)	7 (78)	8 (89)	11 (100)	7 (88)	87 (59)
Hospitalisation nouveau-né prolongée / Sortie mère	55 (56)	34 (56)	21 (55)	5 (10)	1 (9)	2 (22)	1 (11)	0 (0)	1 (12)	60 (41)

*3 données manquantes (2 à Albertville, 1 à Voiron)

** 2 données manquantes (1 à Albertville, 1 à Annecy)

*** 2 données manquantes (1 à Voiron, 1 à Albertville)

▪ **Durée d'hospitalisation des mères dont la demande de RME avait été acceptée et comparaison avec la durée d'hospitalisation selon l'ENC**

La durée médiane du séjour des mères ayant demandé un RME était de 6 jours pour la durée totale du séjour de la mère et de 5 jours pour la durée de séjour après le rapprochement.

Dans le sillon alpin, 62% des mères ayant obtenu un RME ont eu une durée d'hospitalisation plus longue que celle prévue par l'ENC, soit 66% (59 mères) dans le RP2S et 54% (31 mères) dans le RPAI. Parmi les niveaux III, à l'HCE, 40% des mères (15 mères) ont eu une durée d'hospitalisation plus longue que celle prévue par l'ENC et 70% à Chambéry (43 mères).

▪ **Délai du RME maternel après TNN de l'enfant**

Dans le sillon alpin, 36% des mères (53 mères) sont rapprochées le jour même du transfert de leur enfant, 48% (70 mères) le lendemain, et 16% (23 mères) deux jours ou plus après le transfert de leur enfant.

▪ **Délai entre la sortie de la mère et celle de l'enfant en cas de RME maternel**

Dans les deux réseaux, 59% des mères (87 mères) sont sorties en même temps que leur enfant, et dans 41% des cas (60 mères) l'enfant est resté hospitalisé.

6. Impact financier et contraintes géographiques

▪ **Distances domicile – lieu de l'hospitalisation néonatale**

Les distances parcourues par les familles pour rendre visite à leur enfant maintenu en hospitalisation après retour à domicile de la mère (RME accepté comme refusé) dans le RP2S sont plus importantes que celles parcourues dans le RPAI : Dans le RP2S, 50% des mères avaient 84 km à parcourir pour rendre visite à leur enfant versus 47 km dans le RPAI.

Dans le sillon alpin, 50% des mères parcourent au moins 72 km pour rendre visite à leur enfant hospitalisé. La distance médiane séparant les maternités de niveau III du domicile des parents est de 78 km alors que pour les maternités de niveau II, elle est de 49km.

Dans le RP2S, les familles ayant le plus long trajet à effectuer sont celles dont l'enfant a été hospitalisé en niveau III à Chambéry : 50% des femmes sont domiciliées à au moins 88 km de Chambéry, versus 13 km pour celles dont l'enfant est hospitalisé à Annemasse, 69 km pour celles dont l'enfant est hospitalisé à Albertville, 50 km pour celles dont l'enfant est hospitalisé à Annecy.

Dans le RPAI, les trajets parcourus par les familles sont peu différents selon que l'enfant est hospitalisé en niveau 3 ou en niveau 2 : 50% des mères dont l'enfant est hospitalisé à l'HCE sont domiciliées à 53 km versus 47 km pour les mères dont l'enfant est hospitalisé à Voiron. Par contre les distances maximales sont plus importantes pour les enfants hospitalisés à l'HCE : une mère dont l'enfant avait été transféré de la maternité de Sallanches avait 177 km à parcourir pour voir son enfant.

Tableau III : Distances parcourues et coût du trajet des mères sorties de maternité (RME + ou -) dont l'enfant est encore hospitalisé

	<u>RP2S</u> n = 55	<u>Chambéry</u> n = 48	<u>Annemasse</u> n = 2	<u>Albertville</u> n = 2	<u>Annecy</u> n = 3	<u>RPAI*</u> n = 64	<u>HCE</u> n = 61	<u>Voiron</u> n = 3	<u>Niveau 2</u> n = 10	<u>Niveau 3</u> n = 109	<u>TOTAL</u> n = 119
Distances (km) médiane (IQ)											
Domicile des parents - maternité de naissance	15 (23)	14 (24)	13 (25)	21 (18)	18 (32)	9 (20)	8 (18)	26 (11)	22 (18)	11 (23)	12 (25)
Domicile - service d'hospitalisation néonatal	84 (48)	88 (49)	13 (25)	69 (31)	50 (44)	47 (91)	53 (93)	47 (32)	49 (36)	78 (69)	72 (67)
Durée de séjour des nouveau-nés après la sortie de maternité de leur mère (jours) médiane (IQ)											
	8 (16)	9 (17)	8 (11)	3 (2)	6 (14)	6 (12)	6 (12)	3 (1)	3 (4)	7 (13)	6 (13)
Coût moyen des transports effectués par la mère vers la maternité de transfert (€)**											
Par jour (un aller/retour)	25	26	4	21	15	14	16	14	15	23	22
Durant l'hospitalisation restante de l'enfant après la sortie de maternité de la mère (Médiane durée séjour nouveau-né x coût aller/retour)	200	234	32	63	90	84	96	42	45	161	132

* à la clinique Belledonne, toutes les mères sont sorties de maternité avec leur enfant

** on considère un trajet aller-retour/jour en voiture effectué par la route, avec une consommation d'essence moyenne de 10L/100km, avec du Sans plomb 98 à 1,5€/L, d'où un prix de revient à 0,15€/km

▪ **Durée de séjour des nouveau-nés après la sortie de maternité de leur mère**

Après la sortie de maternité de leur mère, les enfants ont plus tendance à rester hospitalisés longtemps dans le RP2S, 8 jours contre 6 jours dans le RPAI. A Chambéry, les enfants restent 9 jours après la sortie de maternité de leur mère, et 6 jours à l'HCE. Après la sortie de maternité de leur mère, les enfants restent plus longtemps hospitalisés dans les établissements de niveau III que dans ceux de niveau II : durée de séjour des nouveau-nés prolongée de 7 jours en niveau III (IQ 14) après la sortie de leur mère, versus 3 jours (IQ 4) niveau II.

▪ Coût moyen des transports effectués par la mère vers la maternité de transfert

Dans l'hypothèse d'une visite par jour de la mère à son enfant hospitalisé, 50% des mères ont dépensé 25 € par jour pour se rendre auprès de leur enfant lorsqu'il était hospitalisé dans le RP2S versus 14 € par jour pour un enfant hospitalisé dans le RPAI (un aller/retour par jour, par la route et avec une consommation d'essence de 10L pour 100km, avec du Sans plomb 98 à 1,5 € le litre, donc avec un prix de revient à 0,15 € par km).

Pour la totalité du séjour de l'enfant après retour à domicile de la mère, 50% des familles ont dépensé 200 € dans le RP2S pour aller voir leur enfant versus 84 € dans le RPAI.

Ce coût est plus élevé pour les familles dont l'enfant a été hospitalisé en niveau III : 50% des familles ont dépensé 23 € par jour en niveau III (soit 158 € pour la durée de l'hospitalisation de l'enfant en niveau III après retour à domicile de la mère) versus 15 € par jour en niveau II (soit 45 € pour la durée de l'hospitalisation de l'enfant en niveau II après retour à domicile de la mère). Le coût de revient le plus élevé concerne la maternité de Chambéry, niveau III : 50% des familles ont dépensé 234 € pour venir voir leur enfant, le reste de son hospitalisation.

7. Mode d'hébergement des mères après leur sortie de maternité

Tableau IV : Modalités de séjour des mères en hébergement extra hospitalier avec une demande de RME acceptée ou refusée

	Maison des parents/appartement associatif n = 17 n (%)	Famille/amis* n = 12 n (%)	Hôtel n = 1 n (%)	Total n = 30 n (%)
Demande de RME				
Demande de RME acceptée	9 (53)	7 (58)	0 (0)	16 (53)
Demande de RME refusée	8 (47)	5 (42)	1 (100)	14 (47)
DMS (jours), médiane (interquartile)				
Demande de RME acceptée	16 (31)	10 (12)	1 (0)	13 (26)
Demande de RME refusée	22 (19)	13 (11)	∅	16 (20)
Demande de RME refusée	6 (27)	6 (67)	1 (0)	4 (19)

* dont une caravane mobile

Trente mères ont été hébergées à proximité de leur enfant après leur sortie de maternité. Pour 47% d'entre elles (14 mères), la demande de RME avait été refusée et pour 53% (16 mères), la demande de RME avait été acceptée. Pour les familles hébergées dans une Maison des Parents ou dans un appartement associatif, il y a eu pratiquement autant de familles accueillies ayant eu une demande de RME acceptée (53%) que refusée (47%).

Sur le total des logements extra hospitaliers, la médiane de la durée de séjour est de 13 jours, 16 jours lors d'un RME accepté et 4 jours lors d'un RME refusé.

En cas de demande de RME refusée, 50% des mères ont été hébergées 6 jours dans une maison des parents ou un appartement associatif versus 22 jours lorsque la demande de RME était acceptée. En cas d'hébergement dans la famille ou chez des amis, les durées de séjour ont varié de 1 à 132 jours.

V. DISCUSSION

1. Contraintes liées au recueil des données

Le recueil de données a été réalisé dans neuf maternités avec des services administratifs et médicaux très différents. De nombreuses démarches administratives ont été nécessaires pour avoir accès aux dossiers médicaux, et aux coordonnées des familles malgré la déclaration CNIL effectuée.

La première étape a consisté à recenser les possibilités d'hébergements hospitaliers et extra hospitaliers, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant sur le territoire du sillon alpin.

Après recueil des enfants nés dans une maternité différente du service d'hospitalisation néonatale, les 342 familles ont été appelées par téléphone afin de solliciter leur consentement pour participer à l'étude, et vérifier si une demande de RME avait été effectuée et acceptée, le cas échéant.

Il a été également nécessaire de calculer avec le logiciel Mappy® toutes les distances à partir du code postal du domicile familial pour estimer les coûts liés à l'éloignement géographique de l'enfant hospitalisé.

2. Limites de l'étude

Le biais de sélection a été réduit par la mise en commun d'informations provenant de sources différentes. Un contrôle de qualité, pour vérifier que les enfants avaient effectivement été admis après un TNN, a été effectué en comparant les listings des registres du bureau des entrées, avec la base anonymisée des transferts réalisés par le SAMU pédiatrique de Chambéry. Les TNN et le lieu de l'hospitalisation néonatale ont donc été vérifiés.

Notre étude comporte un biais de non-réponse pour les 30 familles non joignables et pour les 12 dossiers non trouvés malgré de multiples venues dans les services.

Un biais de mémorisation d'information concernant la durée de séjour a été toutefois possible lors des appels téléphoniques, les familles ayant pu oublier les dates précises d'admission et de sortie.

Le recueil a été effectué par deux étudiantes sages-femmes dont les mémoires avaient des objectifs secondaires différents. Elles ont mis en commun très régulièrement leurs données pour éviter les erreurs et les doublons. Le biais de subjectivité a été diminué en utilisant un bordereau de recueil et une trame d'interrogatoire identiques. L'étude réalisée en parallèle par la deuxième étudiante était : « Etude observationnelle des facteurs favorisant l'acceptation d'une demande de rapprochement mère-enfant en 2010 dans le sillon alpin ».

La conception et la réalisation de cette enquête se sont heurtées à la difficulté d'obtenir des données chiffrées précises concernant la durée d'hospitalisation des mères ne figurant pas dans les dossiers médicaux des enfants. De plus, le parcours des mères selon les différents hébergements en maternité (UME, UK ou chambre mère-enfant) n'a jamais été indiqué clairement dans les dossiers des nouveau-nés. La durée totale du séjour de la mère a pu être estimée grâce aux entretiens par téléphone ou dans les dossiers des nouveau-nés, mais pas le type de chambre. La chambre mère-enfant n'étant qu'un relais de quelques jours avant la sortie de l'enfant.

3. Restructuration des maternités

Les lieux d'accouchement ont changé : les accouchements ont lieu plus souvent en secteur public et dans des services de très grande taille de type II ou III, ce qui est le résultat des fermetures et des fusions de maternités (ex : la maternité d'Aix les Bains devenu un centre périnatal de proximité courant 2010). Ce changement a eu lieu après la parution en 1972 du décret Dienech qui a entraîné dans les années qui ont suivi la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales privées (normes de sécurité pour avoir l'autorisation d'exercice d'une maternité de 15 lits minimum). Dans le secteur public, des normes identiques à celles du décret Dienech ont été mises en œuvre. Elles concernent surtout les maternités des hôpitaux locaux peu fréquentées. Le nombre de maternités a diminué de 60% passant de 1369 en 1975 à 554 en 2008⁵.

Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux alors même que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an⁵. En 2010, la région Rhône-Alpes avec environ 81 000 naissances, présentait l'un des taux de natalité régionaux les plus élevés¹¹. Le taux d'utilisation des lits des maternités a fortement augmenté depuis 30 ans : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 46 fin 2008. Il va falloir s'interroger sur l'impact éventuel de la concentration des naissances dans des maternités de grande taille sur la prise en charge des femmes au moment de l'accouchement¹ et sur le nombre de lits disponibles en néonatalogie et réa néonatalogie.

Seule une très petite minorité d'établissements déclarent avoir souvent des difficultés pour accueillir des femmes par manque de place et leur part est en baisse depuis 2003 quel que soit le niveau de la maternité (7% en 2010 au total, mais un quart des établissements de niveau III contre 2 % de celles de niveau I et environ 5% de celles de niveau II)¹. Parmi les établissements de niveau III, 25% ont donc des difficultés pour accueillir les femmes par manque de place, cela pourrait avoir un impact sur le taux de RME accepté et la DMS des mères qui pourrait se raccourcir par rapport à celle attendue.

4. Demande de RME et séjour de la mère rapprochée

Le taux de TNN dans les deux réseaux est comparable à la population générale en 2010 : 1,3% versus 1%¹.

En 2009 sur 3 mois, 52 patientes ont demandé un RME dans le RPAI et le RP2S dont 8 refus (15%), toujours pour manque de place⁶. Dans notre étude, en 2010 sur 227 patientes ayant demandé un RME, il y eu 78 refus (34%) dont 64% pour manque de place. Dans les maternités de niveau III, il y a 42% de refus, contre 12% pour les maternités de niveau II. Il y a une nette différence entre les deux maternités de niveau III. A l'HCE il y a eu 56% de refus contre 27% à Chambéry, l'étude ne permet pas d'expliquer cette différence.

Les mères étaient aussi rapprochées plus tardivement dans les maternités de niveaux III que dans celles en niveau II. En effet les mères sont rapprochées le même jour que leur enfant dans 30% des cas en niveau III contre 49% en niveau II et il y en a 20% rapprochées après 2

jours ou plus après le transfert de leur enfant en niveau III et 6% en niveau II. Cela est valable aussi pour le RP2S et le RPAI où 42% des mères sont rapprochées le même jour que leur enfant dans le RP2S et 28% dans le RPAI.

Au niveau national, la durée moyenne de séjour (DMS) des mères après l'accouchement était en 2009 de 4,8 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement^{11,5} et de 4,4 jours en 2010¹. Dans le RPAI et le RP2S, la DMS des mères ayant demandé un RME en 2009 était de 6,9 jours (2-12) pour la durée totale du séjour de la mère et de 6,3 jours (2-12) pour la durée de séjour après le transfert⁶. En 2010, d'après notre étude, la durée de séjour médiane des mères ayant demandé un RME était de 6 jours (IQ 3) pour la durée totale du séjour et 5 jours (IQ 3) pour la durée de séjour après le RME.

En 2009, dans les deux réseaux, 43% des mères sortaient en même temps que leur enfant, dans 45% des cas l'enfant restait hospitalisé, et 11% n'était pas renseigné⁶. En 2010, 59% des mères sortaient en même temps que leur enfant et dans 41% des cas l'enfant restait hospitalisé.

5. Caractéristiques géographiques

Une étude sur les prématurés nés dans le sillon alpin a analysé les caractéristiques géographiques des transferts effectués en post natal des enfants nés entre 32 et 34 SA en 2006 et 2007¹⁴. Elle a montré que la moitié des mères domiciliées hors agglomération avaient au moins 69 km à parcourir pour arriver à une maternité de niveau III¹⁴, cela est conforme à nos résultats puisque dans notre étude les mères parcourent 61 km pour arriver à l'établissement de niveau III où est hospitalisé leur enfant. Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 montraient aussi que les distances parcourues entre le domicile des parents et une maternité de niveau III étaient plus grandes⁴. Cela s'expliquait par leur nombre moins élevé et la technicité des soins proposés. Les distances parcourues par les familles dans les deux réseaux sont donc une fois et demi plus grandes lorsque leur enfant est hospitalisé en niveau III (78 km) que en niveau II (49 km).

Les distances sont environ deux fois plus importantes pour les familles dont l'enfant est hospitalisé dans un établissement du RP2S (84km) que dans un du RPAI (47km). Ceci s'explique par la disposition géographique très différente des deux réseaux : le RPAI ne

couvre que les 2/3 de l'Isère alors que le réseau RP2S comprend toute la Savoie, la Haute Savoie et une partie de l'Ain ainsi la maternité de Chambéry peut accueillir des nouveau-nés venant de la frontière Suisse.

Annemasse est un cas particulier dans le RP2S : les familles dont l'enfant est hospitalisé à Annemasse ne parcouraient que 13 km, ce qui s'explique par le fait que les dix demandes de RME vers Annemasse provenaient exclusivement de la Polyclinique de Savoie située à Annemasse même.

L'étude sur les prématurés montrait également que la probabilité pour un enfant d'être transféré après la naissance en niveau II plutôt qu'en niveau III était multipliée par deux quand la mère habitait à moins de 40 km d'un niveau III (RR 2,39 ; IC 1,78 – 3,21) et pour les enfants nés dans le RP2S (RR 1,60)¹⁴.

Le coût du trajet pour ces familles est lié directement à l'éloignement de l'établissement où est hospitalisé leur enfant mais aussi à la médiane de la durée de séjour de l'enfant après la sortie de maternité de sa mère. Or les enfants sont hospitalisés plus longtemps en niveau III qu'en niveau II : médiane de séjour à 7 jours en niveau III versus 3 jours en niveau II, probablement du fait de pathologies plus sévères (la médiane de la durée de séjour des mères étant relativement semblable entre les deux niveaux). La nécessité de l'hospitalisation dans les centres de recours situés à Chambéry ou à Grenoble pour des pathologies plus graves a donc pour conséquence de majorer le coût des trajets pour les familles. En effet nous avons pu estimer que 50% des familles ont dépensé au moins 158 € pour rendre visite quotidiennement à leur enfant hospitalisé en niveau III contre 45 € pour les enfants hospitalisés en niveau II.

6. Niveau de maternité et motif d'hospitalisation du nouveau-né

Les maternités de niveaux II et III sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif alors que 40 % des maternités de niveau I sont privées à but lucratif. La taille et le nombre d'accouchements des maternités augmentent avec le niveau de spécialisation⁵.

En 2003, l'inadaptation du niveau de soins dans une maternité a concerné 12,7 % des enfants et 9,2 % des journées d'hospitalisation (en Rhône-Alpes, le taux de journée inadaptée était de 13,4%)¹². Dans deux tiers des cas, l'enfant a bénéficié d'un plateau technique de niveau

excessif. Cette situation favorise l'encombrement des unités de REA et SI néonatales qui ont des difficultés ultérieures pour rediriger ensuite ces malades vers les unités de néonatalogie. Dans un tiers des cas le niveau technique a été insuffisant au regard de la pathologie du nouveau-né. En une semaine, 19 enfants n'ont pu être admis en REA néonatale faute de place. Il est probable que ces enfants n'ont pu « bénéficier » d'un transfert vers une unité de REA située hors-réseau en raison du manque de place généralisé en REA néonatale¹². L'absence de transfert à la naissance dans un autre établissement est un élément qui contribue significativement à un vécu de l'hospitalisation perçu comme « positif » pour les parents¹³. Il est donc important grâce au bon fonctionnement des réseaux de proposer un TIU avant l'accouchement si la grossesse semble à risque et de ne pas attendre un TNN fait dans l'urgence. Le taux de transferts dans des unités adaptées à l'état néonatal en Rhône-Alpes pourraient diminuer et permettrait d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés, et faciliter les RME.

7. Approche économique des différents type de lits en maternité

Nous avons pu constater que les mères pouvaient être hébergées et hospitalisées en UME et en UK ou en chambre mère-enfant en ayant le statut d'accompagnatrice. Les tarifs hospitaliers différaient d'un établissement et d'un type d'hébergement à l'autre. En moyenne dans les deux réseaux en 2010, une chambre seule en UME revenait à 47 € par jour de dépassement non pris en charge par la sécurité sociale (les chambres doubles ne donnant pas lieu à un dépassement). Les chambres en UK étaient systématiquement des chambres seules qui pouvaient se situer dans un service à part ou dans le service d'UME avec des chambres non réservées à cette effet. Le dépassement de la chambre était d'environ 42 € par jour. Le statut de la chambre mère-enfant est différent car la mère n'y est plus hospitalisée, elle a juste le statut d'accompagnante. Le coût de la chambre est inférieur dans ce cas pour la mère et revient environ à 18 € par jour de dépassement.

Dans notre étude, 62 % des mères rapprochées restaient plus longtemps hospitalisées par rapport à la DMS attendue. Pratiquement toutes les mères prolongeaient leur séjour (en hospitalisation) pour rester auprès de leur enfant et non pas pour une raison médicale.

Si le nombre de chambres mère-enfant était augmenté, cela pourrait désengorger les lits des services d'UME lorsque la mère n'a plus besoin de soins, tout en permettant aux mères de

rester auprès de leur enfant. Cette solution diminuerait les coûts de séjour à la fois pour les familles, la sécurité sociale, et les mutuelles.

Il est prévu dans la nouvelle maternité d'Annemasse dont la fin des travaux est prévue pour 2012, la présence de deux lits en Unité Kangourou. La maternité de Chambéry projette aussi l'ouverture d'une UK.

8. Ouverture de nouveaux lieux d'hébergements extra hospitalier

Les réseaux RPAI et RP2S compte quelques structures extrahospitalières [carte 2 et Annexe 7]. Les familles doivent faire une demande auprès du cadre de service de la maternité d'accueil pour pouvoir être hébergé en Maison des parents ou en appartement associatif. Cette demande peut-être faite même si la demande de RME n'a pas aboutie. La prise en charge par les mutuelles des logements extra hospitaliers dépend des mutuelles et des types de contrats. Dans le cadre de la CMU, il n'y a pas de prise en charge de ces logements.

Dans notre étude la médiane de la durée de séjour dans les logements extra hospitaliers est de 16 jours pour les familles ayant eu un RME accepté et de 4 jours lors d'un RME refusé alors que le nombre de personnes ayant bénéficié de ce type de logement est presque égal dans les deux groupes. L'étude ne permet pas d'expliquer cette différence.

Certains cadres de maternités lors des entretiens, ont évoqué le souhait de voir s'ouvrir des structures extra hospitalières dans leur ville, pour répondre à la demande des familles ne pouvant être rapprochées par manque de place en maternité. Cela est vrai notamment à Albertville où la moitié des familles avaient 69 km à parcourir pour être auprès de leur enfant, sans possibilité d'hébergement dans une structure extra hospitalière. Sachant que le trajet représentait un coût de 21 € pour la moitié des familles des enfants hospitalisés à Albertville, il est probable que certaines mères n'ont pu se rendre auprès de leur enfant aussi souvent qu'elles le souhaitaient.

Des structures nouvelles se créent, notamment dans le RPAI : la Maison des Parents Ronald McDonald a ouvert en janvier 2012, 16 chambres où sont accueillis les parents dont l'enfant est hospitalisé dans l'un des services du CHU.

En France le nombre de structures extra hospitalières a peu évolué, de 57 structures en 1992 à 68 en 2004⁷. Seul le nombre des Maisons de Parents a presque doublé (de 12 à 20). Toutefois leur répartition en France n'est pas équilibrée, les grands pôles pédiatriques, souvent des CHU étant généralement mieux dotés⁷.

9. Evolutions technologiques

Du fait de l'évolution rapide des technologies, de la concentration des centres de recours dans les CHU, de la diminution des séjours en maternité, il est nécessaire de réfléchir à de nouveaux moyens modernes pour apporter une solution aux mères ne pouvant pas être auprès de leur nouveau-né. Les raisons sont variées : d'autres enfants à charge au domicile, absence de moyen de transport, pathologie maternelle, éloignement...).

Au centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône en Rhône-Alpes, un système de vidéosurveillance a été installé dans le service de néonatalogie pour une surveillance continue, 7 jours sur 7, 24h/24 en 2009. Cette innovation permet aux parents de voir leur enfant à distance et ainsi de maintenir un contact visuel. Elle permet aussi au personnel soignant de limiter les interventions et ainsi de contribuer à un meilleur développement psychomoteur du nouveau-né en diminuant le nombre de stimuli. Ce dispositif est accessible par Internet avec un code d'accès et une connexion sécurisée en passant par le site de l'hôpital. La mère hospitalisée en maternité ou parfois dans un autre centre hospitalier, peut alors, grâce à son ordinateur personnel ou à un terminal multimédia installé dans sa chambre sur un bras articulé, être en relation vidéo avec son bébé. En attendant que son état de santé le lui permette, la mère garde ainsi le contact visuel avec l'enfant. Ce système étant accessible par internet, le père ou d'autres proches peuvent aussi y accéder. Il est également envisagé de coupler la vidéo au son pour que les parents puissent interagir avec l'enfant¹⁵.

VI. CONCLUSION

Les résultats de cette étude ont permis d'évaluer le taux de demandes de RME acceptées dans les maternités de niveau II et III des réseaux RP2S et RPAI en 2010. L'étude a également permis de dresser une carte des différents types d'hébergements possibles pour les mères lors d'un RME, que ce soit les lits au sein d'une maternité ou dans des structures extra hospitalières. Le sillon alpin a une grande variabilité géographique et l'éloignement des familles du service où leur enfant est hospitalisé, est contraignant sur un plan moral, matériel et financier pour les familles.

La réalisation de ce type d'étude permet de documenter l'impact des RME sur les services et les familles et toutes les difficultés liées aux demandes de RME refusées ou du retour à domicile des mères avant la sortie d'hospitalisation de leur enfant. Le RME pose le problème de l'allongement de la durée de séjour des mères dans des établissements de niveau II et III déjà confrontés au manque de places.

La solution d'une augmentation du nombre de chambres mère-enfant pour les mères encore hébergées à la maternité mais qui n'ont plus besoin de soins et dont l'enfant va bientôt sortir du service où il est hospitalisé est à envisager quand on sait que le coût de ces lits est beaucoup moins important que ceux d'UME ou d'UK. Cela pourrait désengorger les lits des services d'UME lorsque la mère n'a plus besoin de soins, tout en permettant aux mères de rester auprès de leur enfant. Cette solution diminuerait les coûts de séjour à la fois pour les familles, la sécurité sociale, et les mutuelles.

On constate un besoin pour les maternités de pouvoir proposer un logement extra hospitalier pour répondre aux refus de RME comme aux sorties des mères de maternité avant la fin de l'hospitalisation de leur enfant.

Enfin, les données concernant l'hospitalisation de la mère étant mal renseignées dans les dossiers médicaux des nouveau-nés, envisager une évolution de ces mêmes dossiers pour faciliter l'échange d'information entre les services d'hospitalisation concernant l'enfant et sa mère.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM-U. 953, mai 2011. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
2. DUPUIS O, GAUCHERAND P, MELLIER G et le Comité de pilotage de la cellule des transferts périnataux. Organisation de la cellule des transferts périnataux et taux de transfert périnatal en 2003 et 2004 dans la région Rhône-Alpes. J Gynecol Obstet Reprod 2006 ; 35 : 702-710
3. LEPERCQ J. Quelles relations entre les centres périnataux de niveaux I, II et III ? Paris, 2002. Disponible sur : <http://www.mapar.org>
4. VILAIN A. Enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. DRESS, juillet 2011. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
5. ARNAULT S, AUDE J, BAILLOT A, BEN YAALA M, BLANCHARD N, COQUELET F, et al. Le panorama des établissements de santé, éd. 2010. DREES. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>
6. EQUY V, CANS C, RANNAUD A, LABAJOS M. Demandes de transfert pour rapprochement maternel après transfert néonatal : enquête sur RPAI et RP2S du 1^{er} avril au 30 juin 2009. Réseau RPAI.
7. BALLEE C, BLIDI M, CHERMEUX J. Colloque, Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires, le 5 octobre 2004. Association SPARADRAP. Paris, France. Disponible sur : <http://www.sparadrap.org>
8. DUPONT C, GONNAUD F, KALIS V, TOUZET S, EVRARD A, MARTINELLA C, et al. Connaissances et satisfaction des femmes au sein du réseau périnatal Aurore. 2007. J Gynecol Obstet Reprod 2008 ; 37 : 256-267

9. Charte constitutive du réseau périnatal Alpes-Isère, Article 2 : Domaine d'activité et objectifs du réseau de soins. Disponible sur <http://www.rpai-perinat.org>
10. VIAL-COURMONT M. Les unités « mères kangourous » : soigner les nouveau-nés auprès de leur mère en maternité. 1995. Disponible sur <http://www.reseau-perinat-idf.com/rp92sud>
11. L'état des lieux des besoins et de l'offre : Périnatalité et petite enfance. ARS Rhône-Alpes, 2010. Disponible sur : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>
12. GOUYON-CORNET B, G. BREART, J.L. CHABERNAUD J.L, DEHAN M, FOUCAUD P, GIGONNET J.M, et al. Évaluation nationale des besoins en lits de réanimation et soins intensifs néonataux. Archives de Pédiatrie, ed. Elsevier, vol. 10, n° 11, novembre 2003, p. 969-978
13. DUPONT C, GONNAUD F, RUBIO-GURUNG S, DECULLIER E, RUDIGOZ R.C, TOUZET S, et al. Parcours de soins des prématurés: satisfaction et vécu des parents. Revue de Médecine Périnatale, vol 2, n° 3, 2010, p. 131-139
14. C. MARTIN. Des critères non médicaux sont-ils associés au niveau d'hospitalisation néonatale des enfants nés avec une prématurité modérée? Mémoire de Master 2, recherche « santé-populations » : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2010
15. Site internet du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône. <http://www.lhopitalnordouest.fr>
16. BLONDEL B, BRÉART G, Du MAZAUBRUN C, BADEYAN G, WCISLO M, LORDIER M, MATET N. La situation périnatale en France en 1995. Evolution entre 1981 et 1995. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1997, 26 : 770-780.
17. Sites internet des réseaux RPAI et RP2S. <http://www.rpai-perinat.org> et <http://rp2s.fr>

VIII. Annexes

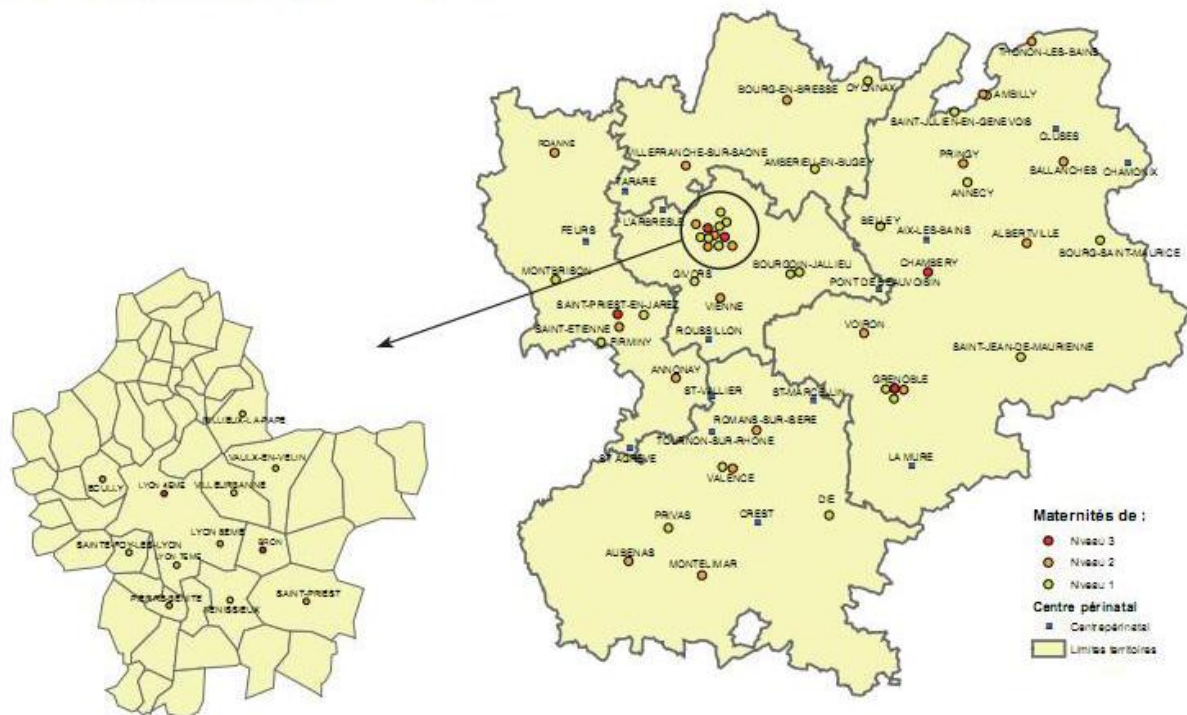
ANNEXE 1

Maternités en Rhône-Alpes : Extrait de l'ARS Rhône-Alpes : L'état des lieux des besoins et de l'offre pour la périnatalité et la petite enfance

La région Rhône-Alpes comprend en Janvier 2010, 51 maternités, dont 25 maternités de niveau 1, 21 maternités de niveau 2 (maternité avec service de néonatalogie) et 5 maternités de niveau 3 (maternité avec service de réanimation néonatale). Le nombre d'établissements est en baisse marquée sur la dernière décennie suite à la fermeture ou au regroupement de maternités dont le nombre étaient de 70 en 2001.

Cette offre est complétée par 14 centres périnatals de proximité.

Carte : Localisation des maternités en 2010 selon leur niveau :



Source : SAE, Exploitation ORS

La région Rhône-Alpes compte 1 641 lits de maternité. Le taux d'équipement correspondant est de 64 lits pour 100 000 femmes de 15 ans et plus. Quatre réseaux (Aurore, Elena, RPAI et RP2S) existent sur la région, qu'ils couvrent complètement.

Le nombre de naissances est au plus haut en France depuis la fin des années 90 et la région Rhône-Alpes avec environ 81 000 naissances présente l'un des taux de natalité régionaux les plus élevés¹¹.

ANNEXE 2

Charte de l'enfant hospitalisé

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés. Elle a été rédigée à LEIDEN (Pays-Bas) en 1988 lors de la première conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital".

1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui, jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 - On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

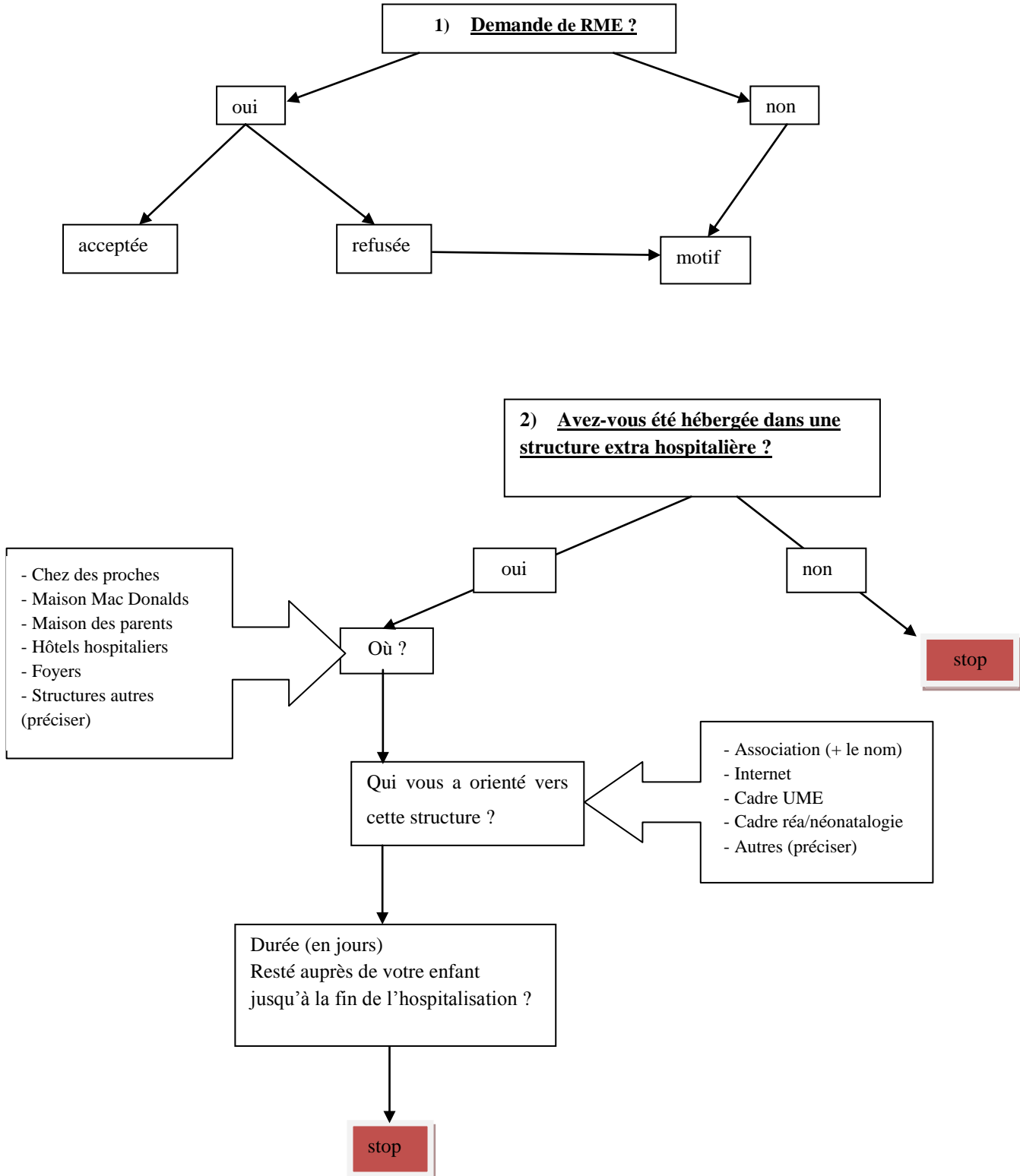
9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

ANNEXE 3

Schéma suivi lors des appels téléphoniques



Recueil de données auprès des cadres de maternité

Cadre de réa/néonatalogie :

Nombre de puéricultrices/infirmières en ETP	
Nombre d'auxiliaires-puéricultrices en ETP	
Nombre de cadres en ETP	
Nombre de pédiatres en ETP	
Présence d'un pédiatre sur place en permanence	
Pédiatre d'astreinte ou autres horaires	
Présence d'un lieu de repos pour la mère	
Présence d'une pièce isolée pour allaiter ou tirer son lait	
Heures de visites pour les parents et la famille	

Cadre d'UME :

Taux d'occupation du service sur l'année 2010	
Visite de la psychologue ou d'une unité spécialisée dans le service	
Nombre de lits en UME	
Nombre de chambres seules en UME	
Supplément d'une chambre seule non pris en charge par la sécurité sociale	
Hébergement du père possible la nuit	
<i>Si oui</i> : Quelle installation	
Présence d'une Unité kangourou	
<i>Si oui</i> : Nombre de chambre	
Supplément d'une chambre en UK	
Présence de chambres mère-enfant	
<i>Si oui</i> : Nombre de chambres	
Supplément d'une chambre mère-enfant	
Nb jours possible d'hospitalisation remboursé à 100% (maternité)	
Logements extra hospitalier possible	
<i>Si oui</i> : Type (Maison des parents, Foyers, Hôtels hospitaliers, Maison Mc Donalds, autres...), informations et coordonnées	
Dépliant sur les possibilités de logements extra hospitaliers	
Particularité de l'établissement (services, lieux...) et +/- Photos	

Recueil de données dans les dossiers

N° d'anonymat	
Nom de l'établissement receveur	
Service d'accueil néonatal	
Sexe de l'enfant	
Date de naissance de la mère	
Parité (avec naissance actuelle)	
Profession de la mère (classement CSP)	
Profession du père (classement CSP)	
Code postal du domicile des parents	
N° de téléphone (fixe et portable)	
Pathologie maternelle pendant la grossesse ou le travail	
Date de l'accouchement	
Mode d'accouchement (AVB /extraction/césar)	
Anesthésie (APD / Rachi / AG)	
Indication si césarienne	
Naissance multiple	O / N
Rang de naissance si naissance multiple	
Type d'allaitement (maternel / mixte / artificiel)	
Pathologie maternelle en UME (avant le RME)	
Terme	
Réanimation de l'enfant à la naissance	O / N
<i>Si oui</i> : ventilation, intubation, MCE...	
Apgar à 5min	
PH artériel et veineux à la naissance, lactates	
Poids de naissance	
Pathologie de l'enfant	
Équipement pendant le transfert: (KTVO, intubation, VVP, O2)	
Nom de l'établissement émetteur de la demande de RME	
Date de transfert du nouveau-né	
Heure de transfert du nouveau-né	
Date d'admission dans le service néonatal	
Heure d'admission dans le service néonatal	
Motif de transfert	
Type de transporteur (SAMU, privé)	
Date de la demande de RME	
Motif de la demande de RME	
Demande acceptée	O / N
<i>Si non</i> : Motif du refus	
Si RME, service receveur de la mère	
Solution d'accueil extra hospitalière	
Date de sortie de la mère de la maternité de naissance	
Date de sortie de la mère de la maternité du RME	
Date de sortie de la mère de solution d'accueil	
Prolongation de l'hospitalisation de la mère liée à une pathologie maternelle	O / N
<i>Si oui</i> : laquelle	
Date de sortie de l'enfant	
Type de sortie de l'enfant (Décès, UME, à domicile, retransfert maternité d'origine ou dans une autre maternité...)	

Numéro d'anonymat et classement CSP

Ordre de construction :

Service de néonatalogie receveur (n° référence)	Service émetteur (n° référence)	Date d'hospitalisation De l'enfant en néonatalogie (JJ/MM/AA)	Date de naissance (JJ/MM/AA)	3 premières lettres prénom	3 premières lettres nom de naissance de l'enfant
---	---------------------------------	---	------------------------------	----------------------------	--

N° de référence des hôpitaux:

CHU Grenoble	1
CH Voiron	2
Clinique Belledonne	3
CH Chambéry	4
CH Annecy	5
CH Albertville	6
CH Annemasse	7
CH Sallanches	8
CH Thonon-les-Bains	9
Clinique des Cèdre	10
Clinique Mutualiste	11
CH Aix Les Bains	12
CH Bourg St Maurice	13
CH Belley	14
CH St Jean de Maurienne	15
CH St Julien en Genevois	16
Clinique d'Annemasse	17
Clinique générale Annecy	18
Clinique de Cluses	19
autres non RPAI RP2S	20

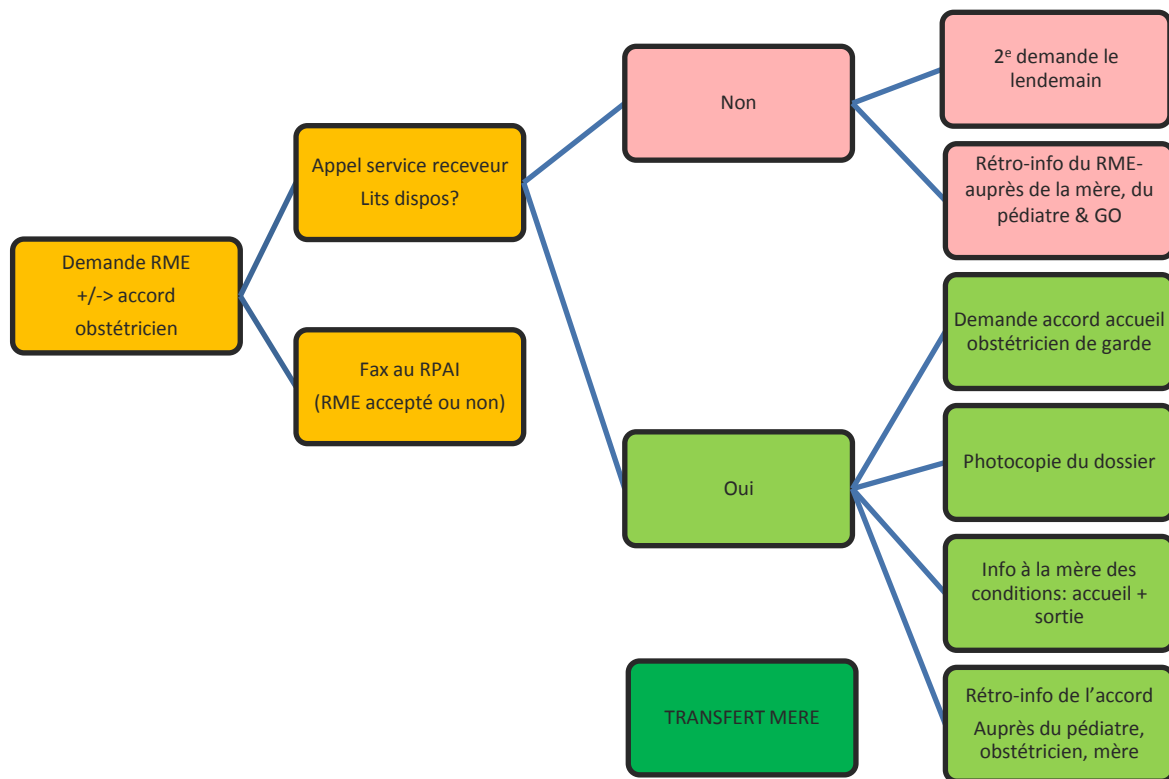
Classement CSP :

N°	Professions et catégories socioprofessionnelles
1	les <u>agriculteurs</u> exploitants : secteur primaire ;
2	les <u>artisans, commerçants</u> et <u>chefs d'entreprises</u> ;
3	les <u>cadres</u> , professions <u>intellectuelles</u> supérieures ;
4	les <u>professions intermédiaires</u> (l'enseignement, de la santé, de la fonction publique, administratives et commerciales des entreprises)
5	les <u>employés</u> ;
6	les <u>ouvriers</u> ;
7	les <u>retraités</u> ;
8	les autres personnes sans activité professionnelle.

Les chômeurs ayant déjà travaillé sont classés en fonction de leur dernier métier. Ceux n'ayant jamais travaillé sont classés dans le métier recherché (ceux n'en cherchant pas étant classés inactifs).

ANNEXE 4

Procédure en cas de demande de RME (RPAI)



Fiche de demande de RME (RPAI)



Demande de rapprochement mère-enfant

Définition du « rapprochement mère-enfant » :

« Transfert en post-partum de la mère de l'établissement où elle a accouché vers l'établissement où son enfant a été transféré après la naissance (niveau 2 ou 3). »

A remplir par l'établissement demandeur du rapprochement de la mère

Date d'accouchement : []/[]/[] AG : [] SA []

Lieu d'accouchement (= étab. demandeur) : _____

Mode d'accouchement VB Césarienne

Mère : Nom (3 premières lettres) : [] Prénom : _____

Code postal domicile : []

TRANSFERT DU NOUVEAU-NE

Date transfert du nouveau-né : []/[]/[]

Motif : _____

RAPPROCHEMENT MERE - ENFANT

Date de la demande de rapprochement : []/[]/[]

Motif de la demande de rapprochement :

Sans motif médical maternel

Pathologie maternelle ; type : _____

Nom établissement receveur sollicité : _____

Demande acceptée :

OUI

NON *

Motif du refus :

Manque de place

Autre raison : _____


* si la demande était réitérée dans les prochains jours, merci de **refaire une fiche**

Fiche à faxer au Réseau Périnatal Alpes-Isère 04 76 76 72 74

Pour tous renseignements complémentaires : Claudine MARTIN, sage-femme coordinatrice / M'lanie LABAJOIS, coordinatrice administrative

☎ 04 78 78 83 80

Fiche de liaison lors d'un transfert maternel pour RME (RP2S)

Fiche de Liaison : Transfert maternel pour rapprochement mère-enfant	
	Rédaction : Cadres Sages femmes du RP2S avril-08 Page 1/1
Maternité d'origine :	Téléphone : Poste suites de couches :
Transfert le :	Heure : Lieu du transfert : Vecteur :
Sage-femme responsable du transfert :	Sage-femme contactée :
Identité de la mère	
Nom :	Prénom : Date de naissance :
Nom de jeune fille :	
Adresse :	
Téléphone domicile :	portable :
Antécédents	
Antécédents médicaux ou chirurgicaux à retenir :	Allergie(s) :
Autres :	
Résumé de l'accouchement	
Gestité :	Parité : Groupe sanguin : Obstétricien
Accouchement le :	à Terme :
Mode d'accouchement : eutocique <input type="checkbox"/>	forceps <input type="checkbox"/> ventouse <input type="checkbox"/>
césarienne <input type="checkbox"/>	Motif:
Anesthésie : Péri <input type="checkbox"/>	Rachi : <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/>
Délivrance : DNC <input type="checkbox"/>	RU <input type="checkbox"/> DA+RU <input type="checkbox"/> Hémorragie : oui non
Périnée : Intact <input type="checkbox"/>	Episio <input type="checkbox"/> Déch simple <input type="checkbox"/> Autres:
Joindre les photocopies des résultats des sérologies de grossesse (+ compte-rendu opératoire en cas de césarienne, si possible)	
VECU DE L'ACCT :	
ENFANT <input type="checkbox"/>	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Nom : Prénom :
Poids :	Apgar :
Motif d'hospitalisation :	Date du transfert bébé :
Lieu d'hospitalisation (Néonatal, Réa, Pédiatrie) :	
Résumé du séjour maman en suites de couches	
Prévention anti-D : oui non à faire	
Allaitement : maternel <input type="checkbox"/>	artificiel <input type="checkbox"/> mixte <input type="checkbox"/>
tire-lait <input type="checkbox"/>	expression manuelle du lait enseignée : oui non
sevrage en cours de séjour <input type="checkbox"/>	
Examen clinique du jour du transfert : J....	
Traitement en cours :	
Visite de la psychologue :	oui non commentaires :
Etat émotionnel de la mère depuis l'annonce du transfert :	
Etat émotionnel du père depuis l'annonce :	
SITUATION FAMILIALE OU SOCIALE PARTICULIERE	
Particularités de la structure d'accueil : (Chambéry : Chbre double possible, délai de séjour raccourci en fonction de l'activité, non hébergement du père la NUIT)	
Information sur les conditions d'hébergement faite oui non	

ANNEXE 5

Tableau : Provenance détaillée des maternités ayant fait une demande de RME vers la maternité d'accueil

Réseau	Région	Maternité d'accueil du RME en provenance de		Chambéry	HCE	Annecy	Annemasse	Albertville	Voiron	Belledonne	Total des demandes RME/maternité
				n = 84	n = 86	n = 12	n = 10	n = 12	n = 12	n = 11	n = 227
RP2S	74	Annecy	CH	15	6	☒					21
			Clinique Générale	4	3	5					12
		Saint Julien en Genevois	CH	3	2	2					7
		Sallanches	CH	12	1						13
		Thonon les Bains	CH	4							4
		Annemasse	CH	8	1		☒				9
	Polyclinique de Savoie		4		1	10				15	
	73	Chambéry	CH	☒							
		Aix les Bains	CH	13		1					14
		Albertville	CH	9	5			☒			14
		Bourg saint Maurice	CH	1	1	1		3			6
		St Jean de Maurienne	CH	5	1	2		9			17
	01	Belley	CH	2							2
RPAI	38	Grenoble	HCE		☒						0
			Clinique Belledonne		11				☒		11
			Clinique Mutualiste		20				2	6	28
			Clinique des Cèdres		14				2	5	21
	Voiron	CH		6				☒		6	
Extra réseau			4	15				8		27	

ANNEXE 6

Tableau : Personnels dans les services d'hospitalisation des nouveau-nés

	Chambéry	Annemasse	Thonon	Annecy	Albertville	Sallanches	HCE	Belledonne	Voiron
Niveaux des maternités	3	2a	2a	2b	2a	2a	3	2a	2a
Nombre de séjours d'hospitalisation néonatale en 2010	470	200	242	358	194	189	522	180	122
Nombre de lits d'hospitalisation néonatale	26	6	4	18	6	6	34	6	4
Personnels									
ETP d'infirmières/puéricultrices	48,3	6,6	5,7	25	8,8	9	70	8	5,5
ETP d'auxiliaire de puériculture	6	5,5	2,8	6	7,3	5,5	1,8	2,4	0,5
ETP de cadres	2	0,5	1	1	0,5	1	2	0,5	0,5
ETP de pédiatres	4	2	3,5	3	2,8	3,5	.	2	4
Présence pédiatre	24h/24h	Astreinte	Astreinte	24h/24h	Astreinte	Astreinte	24h/24h	Astreinte	Astreinte
Présence d'un psychologue ou d'une unité spécialisée	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

Tableau : lits d'hospitalisation dans les maternités des 2 réseaux

	Chambéry	Annemasse	Thonon	Annecy	Albertville	Sallanches	HCE	Belledonne	Voiron
UME									
Nombre de lits	54	21	30	36	25	31	43	52	26
Hébergement possible du père la nuit	non	non	non	non	non	non	oui	oui	non
UK	non	non	oui	oui	non	non	oui	non**	non
Nombre de lits			2	4			6*		
Chambre mère-enfant	oui	oui	non		oui	oui	non	non	oui
Nombre de lits	3	2			6	4			1
Néonatalogie, réa néonatalogie et SI									
Nombre de lits en néonatalogie	12	6	4	15	6	6	10	6	4
Nombre de lits en réa néonatalogie et soins intensifs	14			3			24		

* pas de chambre réservée

** portage en chambre possible.

ANNEXE 7

Définition des différents types de structures extra hospitalières

- * Les maisons de parents, ont le plus souvent été créées à l'initiative d'un hôpital ou d'un service pédiatrique. Elles accueillent donc des parents d'enfants hospitalisés. Elles sont situées dans l'enceinte de l'hôpital ou à proximité immédiate et accueillent en priorité les accompagnants des enfants du service ou de l'hôpital.
- * Les foyers, ce terme regroupe des structures variées. Globalement, les foyers sont des lieux d'hébergements qui accueillent des accompagnants de patients (enfants ou adultes). Ils sont situés en dehors d'un établissement hospitalier et ne sont pas dédiés à un hôpital en particulier. Ils ont été créés par des congrégations religieuses ou des associations.
- * Les hôtels hospitaliers, sont des structures hôtelières, qui accueillent en partie des accompagnants de personnes hospitalisées, leur proposant des services adaptés et des tarifs préférentiels. Elles complètent l'occupation des chambres avec une clientèle externe au milieu hospitalier.
- * Autres structures, elles sont atypiques et peu nombreuses et regroupent des pavillons ou appartements proposés par des particuliers ou des associations. Les hébergements sont gratuits et ont une capacité d'accueil assez réduite (2/3 familles)⁷.

Logements extra hospitaliers dans le RP2S et le RPAI

CHAMBERY

Appartement Bruno CHENEY

Géré par l'association « ABC ». Le Centre Hospitalier de CHAMBERY met à disposition ponctuelle et temporaire des personnes désorganisées par l'hospitalisation d'un proche.

Adresse	111 quai des Allobroges 73000 CHAMBERY (à 1,8 km de l'hôpital)
Contact	☎ : 0479621743 Pour tout renseignement, s'adresser au cadre de santé du service.
Accès	Transport en commun à proximité
Coût	1 personne 16€/j, 2 personnes 24€/j
Hébergement	Appartement avec tout le confort (salle de bains, cuisine, salon et 3 chambres à coucher.

ANNECY

Logis Ozanam

Maison d'accueil pour familles de malades hospitalisés gérée par la Société de Saint Vincent de Paul de la Haute - Savoie

Accueil personnalisé (prise en charge au centre hospitalier, courses de 1ère nécessité, lits préparés)

Accompagnement humain et chaleureux par des bénévoles



Adresse	17 Avenue de la Plaine ANNECY (centre ville) à 4,4 km de l'hôpital
Contact	☎ : 04 50 52 74 98 ou 06 82 06 30 23 Fax : 04 50 52 74 98
Accès	Service de transport en commun à proximité
Coût	Hébergement à coût modéré
Hébergement	Hébergement composé de 3 chambres, une cuisine équipée, une salle de bain, le téléphone et la télévision.

GRENOBLE

La Maison Familiale Hospitalière

Permet d'accueillir des proches de personnes hospitalisées et les personnes en soins externes non médicalisées. Ils trouveront hospitalité et réconfort dans un cadre familial à un tarif avantageux. Ouvert en 1972.



Adresse	Place de l'église 38700 LA TRONCHE (à 200 m de l'hôpital, à 4,4 km de la Clinique Belledonne)
Contact	☎ : 04 76 42 26 68 Admissions sur demande des intéressés, des services sociaux, médicaux ou hospitaliers.
Accès	Service de transport en commun à proximité

Coût	En demi-pension 1 personne sans douche : 36€/j, avec douche : 39€/j 2 personnes sans douche : 63€/j, avec douche 68€/j Lit complémentaire 24€/j Enfant 0/5ans gratuit, 5/10 ans 19€/j Repas invité 10€
Hébergement	39 Lits : 27 chambres (15 chambres à 1 lit, 12 chambres à 2 lits) Toutes les chambres ont un lavabo, 2 sanitaires et 2 wc communs sur chaque palier

La Maison des Parents (ouverture en 2012)

La maison des Parents Ronald McDonald accueil les parents dont l'enfant est hospitalisé dans l'un des services du CHU depuis le janvier 2012. Hébergement jusqu'à 6 semaines. Elle est gérée par l'association « Des Vallées et des Cœurs ».



Adresse	Hôpital de La Tronche
Contact	☎ : 0476893539 Pour toute demande, s'adresser au cadre de santé du service.
Accès	A pied, à 200m de l'hôpital
Coût	10 € par nuit et par famille

Hébergement	Une chambre tout confort (salle de bain, wc) accueillant 2 à 4 personnes. 16 chambres totalisant 45 couchages. Cuisine, salons communs. Laverie.
--------------------	--

Studios (détruits en 2010 pour construire la Maison des Parents)

3 studios pour les parents, pour des familles de 3 ou 4 personnes

Adresse	Hôpital de La Tronche
Coût	24 €/j , 187€ de caution

RESUME

Contexte : Des réseaux de soins périnataux ont été mis en place en France pour améliorer les transferts et diminuer la morbidité néonatale, y compris dans la région Rhône-Alpes. Même si les transferts in utéro sont privilégiés, de nombreux transferts néonataux ont encore lieu dans l'urgence.

Objectifs : Evaluer le taux de demandes de RME acceptées dans les maternités de niveau II et III des réseaux RP2S et RPAI en 2010, identifier les types d'hébergements et la durée de l'hébergement des mères ayant fait une demande de RME, acceptée ou non, et évaluer les contraintes de distance et l'impact financier subis par ces mères pour se rendre auprès de leur enfant maintenu en hospitalisation après leur retour à domicile.

Méthode : étude descriptive rétrospective multicentrique de 227 demandes de RME dans neuf établissements du RPAI et du RP2S en 2010.

Résultats : le taux de demandes de RME acceptées dans les maternités du sillon alpin était de 66% en 2010. Il était de 77% pour le réseau RP2S et 53% pour le réseau RPAI. Dans 64% des cas, la cause de refus des RME était due à un manque de place. La médiane de la durée de séjour des mères rapprochées était de 5 jours après le rapprochement et de 6 jours pour la durée totale de leur hospitalisation. Le taux d'enfants restés hospitalisés après le retour à domicile de leur mère était de 41%. Pour rendre visite à leur enfant hospitalisé, 50% des mères ont parcouru au moins 72 km dans le sillon alpin, et le coût moyen des transports pour les familles vers le service d'hospitalisation de l'enfant était de 22 € par jour et de 132 € pour la durée de l'hospitalisation de l'enfant après la sortie de maternité de la mère (RME accepté ou refusé). Trente mères ont été hébergées à proximité de leur enfant après leur sortie de maternité dans un logement extra hospitalier dont la moitié avait vu leur demande de RME refusée. Trois maternités pouvaient proposer des logements extrahospitaliers. Dans ces logements, la médiane de la durée de séjour était de 13 jours, 16 jours lors d'un RME accepté et 4 jours lors d'un RME refusé.

Conclusion : les résultats montrent une différence dans le taux d'acceptation des demandes de RME acceptées dans les maternités de niveau II et III des réseaux RP2S et RPAI en 2010. Le sillon alpin a une grande variabilité géographique et l'éloignement des familles du service où leur enfant est hospitalisé, est contraignant sur un plan moral, matériel et financier pour les familles. Les deux réseaux ont besoin de développer des logements extra hospitaliers.

Mots clés : rapprochement mère enfant, réseau périnatal, transfert néonatal, logement extra hospitalier