



HAL
open science

Dépistage de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des sorties précoces

Claire-Bénédicte Pegeot

► **To cite this version:**

Claire-Bénédicte Pegeot. Dépistage de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des sorties précoces. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743926

HAL Id: dumas-00743926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743926v1>

Submitted on 23 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

**DEPISTAGE DE L'ICTERE NEONATAL PAR LES
SAGES-FEMMES LIBERALES LORS DES SORTIES PRECOCES**

Mémoire soutenu le 1er Juin 2012

PEGEOT Claire-Bénédicte

08 avril 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2012

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

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**DEPISTAGE DE L'ICTERE NEONATAL PAR LES
SAGES-FEMMES LIBERALES LORS DES SORTIES PRECOCES**

Mémoire soutenu le 1er Juin 2012

PEGEOT Claire-Bénédicte

08 avril 1988

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

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 Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure à l'école de Sages-Femmes de Grenoble ;

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

Je remercie plus particulièrement,

Mme Christine Cronie, Sage-Femme Libérale à Saint Martin d'Hères, directrice de ce mémoire,
pour ses encouragements, son investissement et son soutien

Mme Mélanie Labajos, Assistante Médico-Administrative de la cellule de coordination du RPAI,
pour son aide lors de la diffusion du questionnaire

Mme Valérie Belin, PH en Pédiatrie au CHU de Grenoble et Mme Sylvie Caraby, Sage-Femme
Cadre au CHU de Grenoble,
pour les informations qu'elles m'ont fourni concernant les lecteurs de bilirubinémie transcutanée

L'ensemble des Sages-Femmes Libérales de l'Isère,
pour leur participation à ce mémoire,

Mon conjoint et ma famille,
pour leur soutien.

Tables des matières

1	<u>Introduction</u>	1
2	<u>Matériel et méthode</u>	3
2.1	<u>Type d'étude</u>	
2.2	<u>Population</u>	
2.3	<u>Elaboration du questionnaire</u>	
2.4	<u>Critères de jugement</u>	
2.5	<u>Collecte des données</u>	
3	<u>Résultats</u>	4
3.1	<u>Population</u>	
3.2	<u>Objectif principal</u>	
3.3	<u>Objectifs secondaires</u>	
4	<u>Discussion</u>	10
4.1	<u>Les limites de l'étude : la représentativité</u>	
4.2	<u>Les limites de l'étude : la méthode</u>	
4.3	<u>Les limites de l'étude : le remplissage des questionnaires</u>	
4.4	<u>Réponse aux objectifs</u>	
4.4.1	<u>Utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée</u>	
4.4.2	<u>Modalités de surveillance de l'ictère</u>	
4.4.3	<u>Planification des visites en post partum</u>	
5	<u>Conclusion</u>	15

1 Introduction

L'ictère néonatal est le signe d'une hyperbilirubinémie qui évolue pendant la première semaine de vie d'un nouveau-né. L'ictère physiologique ou ictère à bilirubine libre est le plus fréquent. Il apparaît après 24 heures de vie. Il fait suite à une hémolyse fœtale qui entraîne une libération de bilirubine dite non conjuguée. Cette bilirubine doit alors s'associer à l'albumine grâce à une enzyme biliaire, la glucuronyltransférase. Cette glucurono-conjugaison est immature chez le nouveau-né (1), ce qui entraîne une accumulation de bilirubine, responsable de l'ictère. C'est une pathologie qui touche 60 pour cent des nouveaux-nés (2). Dans les cas où l'enfant ne parvient pas à éliminer lui-même la bilirubine libre (3), il est nécessaire de mettre en place une photothérapie pour éviter son accumulation et l'évolution vers un ictère nucléaire neurotoxique pouvant entraîner de graves lésions cérébrales.

Un rapport de l'Académie Nationale de Médecine (4) fait état d'une augmentation des ictères nucléaires aux États-Unis et interpelle sur la possibilité d'une même évolution en France. Dans ce rapport, la question est aussi posée de savoir si le dépistage et la prise en charge des nouveaux-nés sortis précocement sont adaptés. De même, un mémoire de 2009 soutenu par Mme Delphine Wiest (5), a mis en évidence que cinq pour cent des nouveaux-nés consultant aux urgences pédiatriques étaient diagnostiqués ictériques et nécessitaient la mise sous photothérapie. Ces différentes données viennent s'associer au fait que nous nous dirigeons vers de plus en plus de sorties précoces. Les petites maternités ferment, ce qui sature celles qui restent et les économies de santé poussent à réduire les durées moyennes de séjour.

Nous avons décidé, dans le cadre de ce travail de recherche, de faire un état des lieux concernant la gestion des sorties précoces par les Sages-Femmes libérales de l'Isère, en nous interrogeant sur le respect des recommandations de bonne pratique de grade C mises en place par l'ANAES (6) (en 2004) et l'Académie Nationale de Médecine(4) (en 2003 et 2005).

L'objectif principal de ce mémoire a été la mesure, par les Sage-Femmes libérales, de la bilirubinémie transcutanée dans les 48 heures suivant la sortie précoce des nouveaux-nés. Cette mesure peut se faire par différentes méthodes comme les réglettes, la prise de sang ou le lecteur de bilirubinémie transcutanée. Mais c'est seulement cette dernière méthode qui est recommandée par l'Académie Nationale de Médecine.

- « Tout enfant sorti précocement doit bénéficier d'une mesure transcutanée de la bilirubinémie dans les 48 heures suivant son départ de la maternité (grade C). » ANAES (6)
- « Il ne faut pas se fier à la détection visuelle, insuffisamment sensible. C'est une mesure par un bilirubinomètre transcutané qui doit être commencée et poursuivie tous les jours jusqu'à la certitude que s'amorce la décroissance ce qui peut exiger quatre ou cinq jours, voire plus. » Académie Nationale de Médecine (4)
- « En cas de sortie précoce, le suivi devra être possible à domicile. Avec la conséquence de la nécessité d'équiper d'un bilirubinomètre transcutané les équipes chargées de cette surveillance. » Académie Nationale de Médecine (4)

L'hypothèse de départ était que le nombre de dépistage à l'aide d'un lecteur de bilirubinémie transcutanée était très faible voire même nulle, ce qui ne respectait pas les recommandations mais n'empêchait pas un suivi de qualité.

Les objectifs secondaires étaient les modalités de surveillance de l'ictère et le nombre de visites planifiées après la sortie de la maternité. Le but était de vérifier la conformité de ces mesures avec les recommandations à ce sujet.

- ♣ « Une sortie à moins de 24 heures de vie implique de répéter cette mesure quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge (grade C). » ANAES (6)
- ♣ L'ensemble des professionnels en charge du suivi doit avoir reçu « des informations et des instructions sur les modalités de surveillance et de prévention des ictères intenses » (Académie nationale de médecine) et "savoir rechercher leurs facteurs de risque (grade C)" (ANAES) (4) - (6)
- ♣ « première visite : elle est systématique, le lendemain si sortie avant J2, et au plus tard le surlendemain si sortie à J2. » ANAES (6)
- ♣ « deuxième visite et troisième visite : elles devraient être systématiques, et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère. » ANAES (6)

2 Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Cette étude est une enquête déclarative par questionnaire auto-administré, sur les pratiques des Sages-Femmes libérales concernant le dépistage de l'ictère néonatal pour les nouveaux-nés sortis précocément de la maternité.

2.2 Population

La population se compose de l'ensemble des Sages-Femmes libérales de l'Isère. Sont exclues celles dont le cabinet est implanté hors département ainsi que les Sages-Femmes non libérales. Cette population se compose des 139 Sages-Femmes libérales inscrites au conseil de l'ordre de l'Isère. Pour n'omettre aucune inclusion, ces données ont été croisées avec la liste des Sages-Femmes libérales du réseau SAFIR et celle des Sages-Femmes libérales trouvées sur les pages jaunes.

2.3 Elaboration du questionnaire

Nous avons utilisé le support du logiciel Google Doc pour l'élaboration d'un questionnaire en ligne, en se basant sur les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine (4) et de l'ANAES (6) . Grâce à ce support, l'envoi et la réception des questionnaires ont garanti l'anonymat des Sages-Femmes libérales consultées.

2.4 Critères de jugements

Le critère de jugement principal était l'utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée pour dépister l'ictère néonatal. Les critères de jugement secondaires étaient les modalités de surveillance de l'ictère (les différentes méthodes et la fréquence de surveillance) ainsi que la planification des visites en post-partum.

2.5 Collecte des données

Le questionnaire a été envoyé à partir de six novembre 2011 selon le diagramme d'inclusion (Annexe I). L'arrêt du recueil s'est fait le 20 février 2012 après trois relances.

3 Résultats

3.1 Population

Le nombre de Sages-Femmes libérales éligibles est de 139. Le nombre de réponses, quant à lui, est de 56. Le taux de participation à l'étude est donc de 40 pour cent.

3.2 Objectif principal

Pour mesurer l'ictère, 52 Sages-Femmes libérales sur les 56 ayant répondu utilisent la méthode visuelle. Cela représente 94 pour cent d'entre elles (figure 1 et 2).

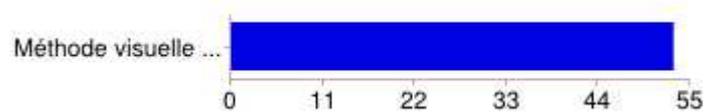


Figure 1 : Nombre de Sages-Femmes libérales utilisant la méthode visuelle (52)

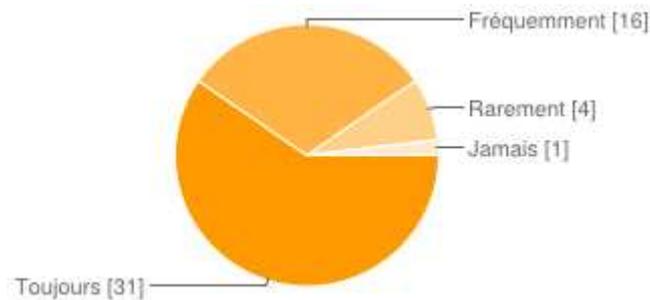


Figure 2 : Fréquence d'utilisation de la méthode visuelle

Dix sept Sages-Femmes libérales sur 56 utilisent d'autres méthodes qui sont le dosage de la bilirubinémie, l'utilisation de réglette, le renvoie à la maternité pour une mesure de la bilirubinémie transcutanée ou encore l'observation du comportement de l'enfant. Cela représente 30 pour cent des Sages-Femmes libérales.

Dans ces 30 pour cent, aucune Sage-Femme libérale n'utilise de lecteur de bilirubinémie transcutanée. Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer une bilirubinémie sanguine, 74 pour cent des Sages-Femmes libérales adressent directement la patiente et son enfant à la maternité ou aux urgences pédiatriques pour l'examen, 25 pour cent prescrivent cet examen sans le réaliser elles-mêmes mais interprètent les résultats, et 19 pour cent font les prélèvements et interprètent les résultats.

	Lecteur de bilirubinémie transcutanée	Méthode visuelle	Prélèvement capillaire par la Sage-Femme	Prélèvement capillaire par le laboratoire	Renvoi direct à la maternité pour le prélèvement
Nombre de Sages-Femmes libérales utilisant cette méthode	0	53	10	13	39

Dans ce tableau, nous obtenons 62 réponses pour les questions concernant les modalités de prélèvement capillaire contre 56 attendues. Cela s'explique par le fait que les Sages-Femmes libérales avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses et certaines en ont choisies deux. A chaque fois, elles ont associé le prélèvement en laboratoire avec l'envoi à la maternité ou aux urgences pédiatriques.

3.3 Objectifs secondaires

3.3.1 Utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutané

Les raisons de non utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée sont les suivantes :

- Pour 64 pour cent des Sages-Femmes libérales son prix est trop honéroux.
- Pour 30 pour cent des Sages-Femmes libérales il est peu utile, notamment vis à vis du peu de sorties précoces.

3.3.2 Planification des visites en post-partum

- Pour des sorties à moins de 24 heures de vie, les nouveaux-nés sont vus à J1-2-3.

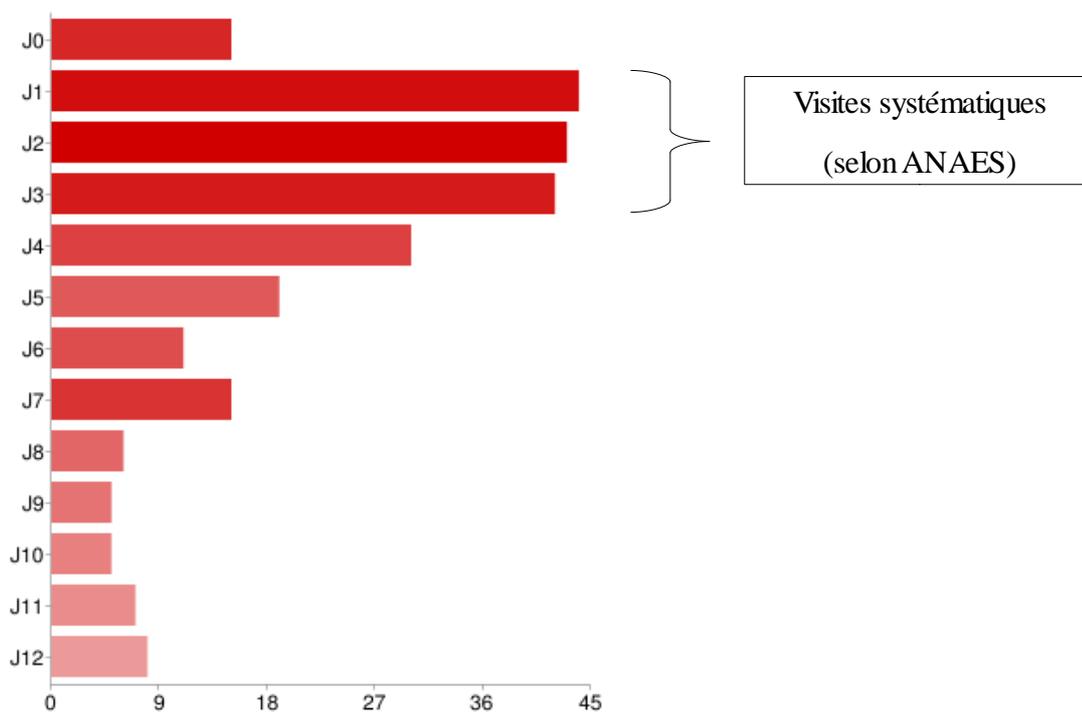


Figure 3 : Planification des visites pour les sorties avant 24 heures de vie

- Pour les sorties à J1 et J2, les nouveaux-nés sont vus le lendemain et le surlendemain de leur sortie.

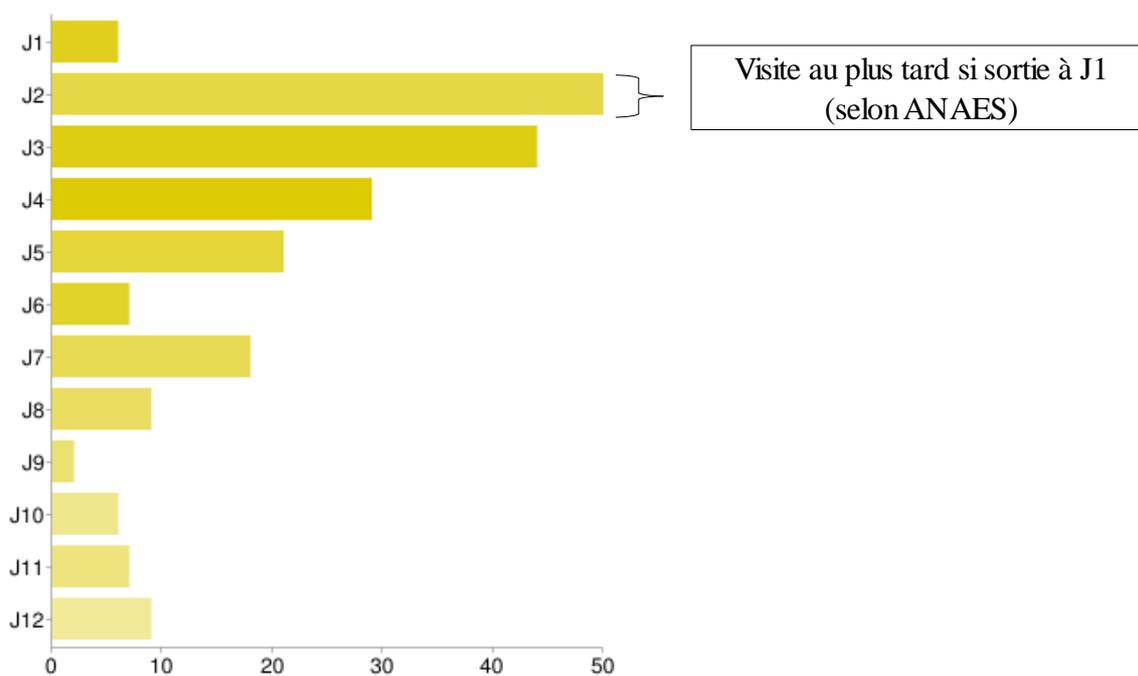
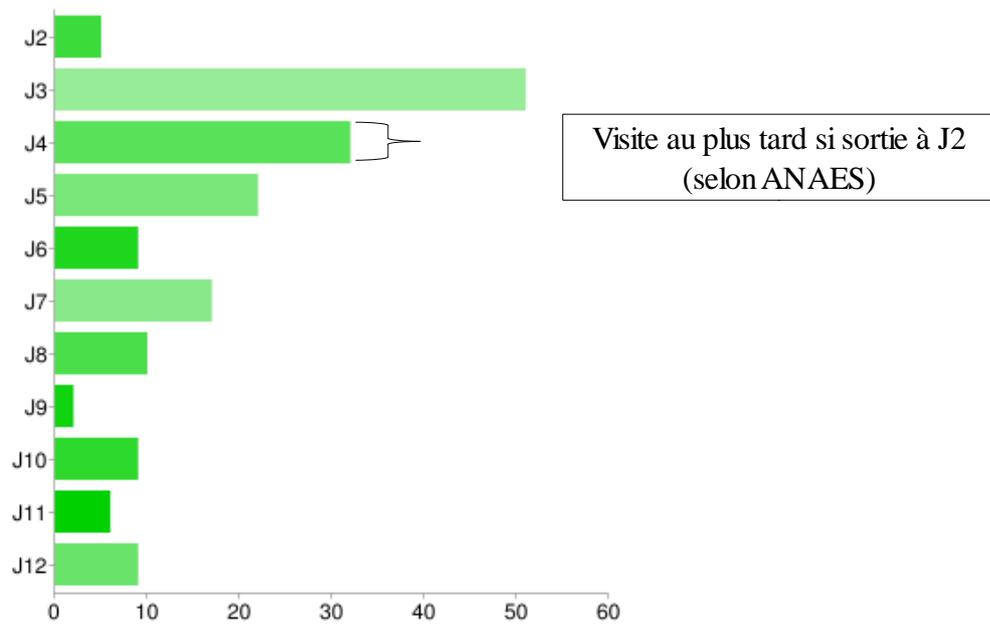


Figure 4 : Planification des visites pour les sorties à J1



Figures 5 : Planification des visites pour les sorties à J2

- Pour les sorties à J3 et J4 et plus, les nouveaux-nés sont vus à 24 et 36 heures.

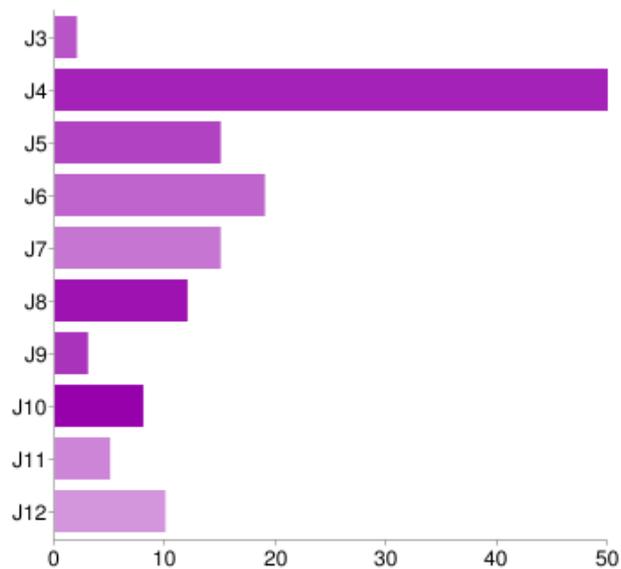


Figure 6 : Planification des visites pour les sorties à J3

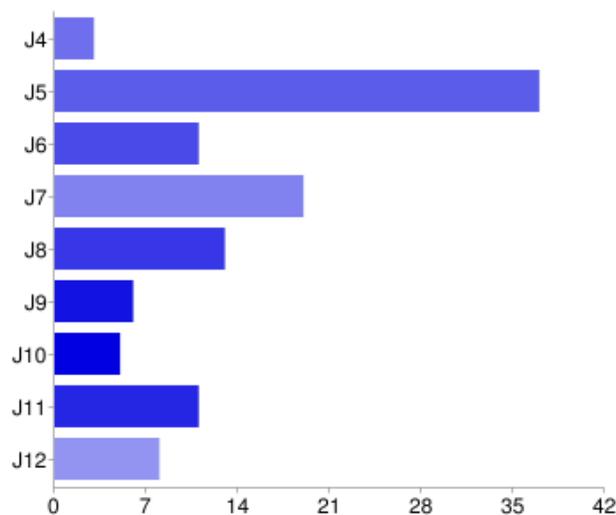


Figure 7 : Planification des visites pour les sorties à J4 et plus

3.3.3 Modalités de surveillance de l'ictère

- En cas de sortie avant 24 heures de vie, 66 pour cent des Sages-Femmes libérales contrôlent la bilirubinémie du nouveau-né uniquement selon la méthode visuelle clinique, contre 11 pour cent qui la contrôlent systématiquement avant 24 heures de vie et sept pour cent avant 48 heures de vie.
- Vingt neuf pour cent des Sages-Femmes libérales ne répètent pas cette mesure. Vingt trois pour cent la répètent quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge, sept pour cent la répètent une fois pendant la première semaine de vie et cinq pour cent la répètent un jour sur deux, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge. Il faut noter ici que seulement 36 Sages-Femmes libérales ont répondu à cette question.
- En cas de sortie avant J2, la première visite à lieu, pour 75 pour cent des Sages-Femmes libérales, le lendemain de la sortie contre 16 pour cent le jour même.
- En cas de sortie après J2, la première visite à lieu, pour 95 pour cent des Sages-Femmes libérales, le lendemain contre deux pour cent le surlendemain.

- Pour 86 pour cent des Sages-Femmes libérales, une deuxième et troisième visites doivent être systématiques pour les sorties avant J3. Neuf pour cent ne le pensent pas.
- Pour 59 pour cent des Sages-Femmes libérales, une deuxième et troisième visites ne doivent pas être systématiques pour les sorties après J3. Trente huit pour cent pensent le contraire.
- Sur les 12 derniers mois, les Sages-Femmes libérales interrogées ont été confronté à 62 nouveaux-nés ictériques lors de leurs suivis à domicile, dont trois ayant nécessité une réhospitalisation.

Une part importante des Sages-Femmes libérales interrogées explique que leur surveillance passe avant tout par l'observation clinique du nouveau-né. L'organisation de leurs visites se fait surtout au cas par cas et elles utilisent la structure de soins dont dépend la patiente comme soutien en cas de doute ou de besoin.

L'organisation de la pratique libérale des Sages-Femmes se répartie de la façon suivante : 46 pour cent des Sages-Femmes libérales exercent à deux par cabinet, 30 pour cent exercent seules, 19 pour cent à trois et 3,5 pour cent à quatre.

4 Discussion

4.1 Les limites de l'étude : la représentativité

Mon étude se limite au département de l'Isère, elle n'est donc pas représentative sur le plan national même si ce département compte l'une des plus grande densité de Sages-Femmes libérales. En ce qui concerne le taux de participation à l'étude, il est assez faible (40 pour cent) ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la région.

4.2 Les limites de l'étude : la méthode

L'élaboration des questionnaires a été une étape importante de la recherche, en particulier en ce qui concerne l'organisation du suivi en cas de sortie précoce. Pour ne pas orienter les Sages-Femmes libérales dans leur choix, nous leur avons demandé de positionner la planification de leurs visites sur une échelle de temps. Nous avons aussi attaché beaucoup d'importance à la formulation des questions. Cependant des commentaires recueillis nous laissent penser que plusieurs questions n'étaient pas adaptées à la méthode de travail des Sages-Femmes libérales.

La distribution des questionnaires pouvait se faire selon deux méthodes. L'utilisation de la méthode par courrier postal n'a pas été retenue pour les raisons suivantes : risque de perte des documents, d'oublis, la nécessité de le renvoyer par la poste, le coût... C'est donc la méthode numérique qui a été choisie car elle permettait un remplissage rapide des questionnaires et ne nécessitait pas de support particulier pour être renvoyée. Pour deux Sages-Femmes libérales contactées par téléphone et qui ne souhaitaient pas être contactées par mail, l'envoi par voie postale a été utilisé en joignant au questionnaire une enveloppe pré-timbrée pour faciliter le retour. Aucune réponse n'a été reçue.

4.3 Les limites de l'étude : le remplissage des questionnaires

Les résultats nous montrent que certaines questions n'ont pas été complétées alors que d'autres pouvaient impliquer plusieurs réponses. Cela explique que nous obtenons plus de cent pour cent de réponses.

4.4 Réponses aux objectifs

4.4.1 Utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée

4.4.1.1 Les résultats

Nous validons notre hypothèse de départ. Aucune des Sages-Femmes libérales interrogées ne possède de lecteur de bilirubinémie transcutanée et le dépistage de l'ictère passe, pour 94 pour cent d'entre elles, par la clinique, ce qui est en désaccord avec les rapports de l'Académie Nationale de Médecine qui dit que "Il ne faut pas se fier à la détection visuelle, insuffisamment sensible."

4.4.1.2 Les raisons de non utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée

L'absence de lecteur dans les cabinets libéraux s'explique principalement par le prix du dispositif. Il est d'environ 5000 Euros . Il y a peu de fournisseurs en France. Parmi eux nous pouvons citer PDG System qui commercialise le BiliCheck fabriqué par Respironics aux USA ainsi que Dräger qui commercialise le JM-103 (7). De plus, la maintenance se fait aux USA. Le délai de réparation est alors de deux mois et un lecteur de remplacement n'est pas forcément fourni. Pour finir, il ne faut pas oublier que ce dispositif peut entraîner un coût supplémentaire en matériel consommable. Le BiliCheck nécessite une sonde d'étalonnage pour chaque série de mesures. Son coût est de 2,66 euro pièce. Le lecteur JM-103 ne nécessite pas de consommable car son embout est réutilisable.

Une des questions posée était le nombre de Sages-Femmes dans le cabinet. Nous nous sommes intéressés à ce point car nous pensions qu'un cabinet de plusieurs Sages-Femmes pouvait avoir un budget d'investissement en matériel plus important et donc les moyens de posséder un lecteur de bilirubinémie transcutanée. Mais les résultats montrent que ce n'est pas le cas. Quelque soit la taille du cabinet, aucun n'a de lecteur à sa disposition.

Selon elles, il existe une raison supplémentaire à cette absence. Il y a encore trop peu de sorties précoces pour qu'elles puissent amortir un tel investissement.

Il n'en est pas moins clairement énoncé dans les rapports de l'Académie Nationale de Médecine et dans les recommandations de l'ANAES que les professionnels de santé chargés du suivi des nouveaux-nés sortie précocément de la maternité (ici les Sages-Femmes libérales) doivent être

équipés de ce dispositif. Il y a donc bien une discordance entre les recommandations et les pratiques adoptées par les Sages-Femmes libérales.

4.4.1.3 Les pratiques en maternité

Bien que la détection visuelle ne permette pas de savoir de manière précise le taux de bilirubine sanguine, elle est tout de même utilisée au sein même de la maternité. Pour ce faire, différents critères sont pris en compte : la coloration de la peau et des conjonctives d'un nouveau-né, sa tonicité, son éveil, son appétit et sa courbe de poids. Pour les nouveaux-nés noirs ou asiatiques, les signes cliniques précédemment cités (et notamment la coloration) ne suffisent pas. Au moindre doute, le lecteur de bilirubinémie transcutanée est utilisé.

Son principe de fonctionnement consiste à diriger de la lumière blanche sur la peau du nouveau-né et à mesurer l'intensité des longueurs d'ondes spécifiques qui sont renvoyées. Les principaux éléments de la peau qui affectent la réflectance sont la maturité dermique, la mélanine, l'hémoglobine et la bilirubine. Ces quatre éléments sont pris en compte dans l'algorithme utilisé pour le calcul de la mesure de la bilirubinémie. Lors de l'étalonnage, l'intensité de la source de lumière est mesurée sur toute la largeur du spectre sur la sonde d'étalonnage. Ceci normalise la performance de l'unité. La mesure cutanée est comparée à la mesure de référence pour déterminer la bilirubinémie du nouveau-né. Les lecteurs de bilirubinémie transcutanée de deuxième génération, qui sont utilisés en maternité, prennent en compte la différence de couleur de peau dans leur mesure. Les résultats sont donc valables quelque soit l'origine ethnique du nouveau-né.

Le résultat ainsi obtenu est reporté sur une courbe ictère/âge (3). S'il place l'enfant en zone à risque, une bilirubinémie sanguine est prélevée pour s'assurer du taux exact. Notons ici que les constructeurs ont mis une limite au dessus de laquelle ils estiment que la mesure n'est plus fiable. Cette limite est de 200 micromoles. Si elle est dépassée, un contrôle sanguin doit être effectué systématiquement.

4.4.1.4 Les pratiques en libéral

Le fait que les Sages-Femmes libérales se basent sur les mêmes critères cliniques qu'en maternité pour effectuer leur surveillance nous paraît approprié car ce sont des éléments importants à prendre en compte. En cas de doute, une bilirubinémie sera prélevée chez le nouveau-né que ce soit par elles-mêmes ou à la maternité. Le préleveur et le lieu de prélèvement n'ont que peu d'importance tant ils dépendent de l'expérience de la Sage-Femme libérale et du matériel à sa disposition. L'important est que ce prélèvement soit effectué. Mais le fait que l'étape du lecteur soit supprimée dans leur suivi génère deux difficultés. D'une part, le taux de prélèvement risque d'être majoré par la faible précision du dépistage clinique. D'autre part, le délai de prélèvement peut lui aussi être majoré car c'est une altération suffisamment importante de l'état clinique de l'enfant qui entrainera la décision du prélèvement. Dans ce cas, la prise en charge est tardive.

Nous voyons donc l'importance de l'utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée. Il permet clairement de suivre l'évolution d'un ictère en limitant les méthodes de contrôles invasives et d'accélérer sa prise en charge. Nous comprenons pourquoi les recommandations le placent au centre du suivi des sorties précoces par les Sages-Femmes libérales.

4.4.2 Modalités de surveillance de l'ictère

Pour les sorties précoces, le contrôle de la bilirubinémie ne suit pas les règles établies par les recommandations et se base, dans 66 pour cent des cas, sur la clinique. Pour ce qui est de la répétition de cette mesure, les avis sont partagés entre les Sages-Femmes libérales. Vingt trois pour cent suivent les recommandations contre 29 pour cent qui ne répètent pas cette mesure. Elles s'accordent à dire qu'une deuxième et troisième visite doivent être systématiques en cas de sortie avant J3. Elles sont donc en accord avec les recommandations sur ce point. Lorsque cette même question est posée pour les sorties après J3, les avis sont à nouveau partagés. Seulement 38 pour cent pensent qu'elles devraient être systématiques. Il est vrai que les recommandations ne sont pas tranchées puisque les textes disent qu'elles "devraient" l'être.

Nous pouvons nous poser la question de savoir si la systématisation de ces visites, même après J3, ne serait pas une bonne chose étant donné que nous savons que l'ictère peut mettre plusieurs jours à disparaître comme cela est expliqué dans les rapports de l'Académie Nationale de Médecine "jusqu'à la certitude que s'amorce la décroissance ce qui peut exiger quatre ou cinq jours, voire plus."

Il nous semble important d'insister sur le nombre de nouveaux-nés ictériques que les Sages-Femmes libérales ont du prendre en charge à domicile. Certes le nombre de nouveaux-nés suivis à domicile est bien plus important mais ce chiffre de 62 nous paraît quand même inquiétant. Cela revient à dire que 62 nouveaux-nés auraient potentiellement pu développer un ictère nucléaire. Trois d'entre eux ont même du être réhospitalisés ce qui représente un taux de 4,8 pour cent, taux en accord avec celui trouvé par Mme Wiest dans son mémoire de 2009. Un nombre de réponse plus important aurait peut-être montré un taux plus élevé. L'utilisation d'un lecteur de bilirubinémie transcutané n'aurait elle pas permis de diagnostiquer plus tôt ces ictères?

4.4.3 Planification des visites en post partum

« Une sortie à moins de 24 heures de vie implique de répéter cette mesure quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge (grade C). » ANAES (6). Les résultats montrent que les nouveaux-nés sont vus à J1, J2 et J3 mais nous observons sur la figure 3 une légère baisse des visites entre J1 (92 pour cent), J2 (90 pour cent) et J3 (88 pour cent).

« Première visite : elle est systématique, le lendemain si sortie avant J2 et au plus tard le surlendemain si sortie à J2. » ANAES (6). Cette visite est effectuée le lendemain par 75 pour cent des Sages-Femmes libérales pour les sorties avant J2 et par 95 pour cent d'entre elles pour les sorties après J2.

« Deuxième visite et troisième visite : elles devraient être systématiques et planifiées selon l'appréciation du professionnel en accord avec la mère. » ANAES (6). Pour 86 pour cent des Sages-Femmes libérales, elles devraient être systématiques uniquement pour les sorties avant J3.

Lorsque nous regardons ces résultats, nous comprenons que les recommandations sont plutôt bien suivies mais il existe une variabilité "Sage-Femme dépendante" notamment en ce qui concerne la surveillance systématique. Les Sages-Femmes libérales organisent la fréquence de leurs suivis en fonction de l'état clinique du nouveau-né ce qui ne correspond que partiellement aux recommandations. Cela nécessite donc que les pratiques soient uniformisées.

5 Conclusion

Mon objectif était de connaître les méthodes utilisées par les Sages-Femmes libérales pour dépister l'ictère dès le retour à domicile des nouveaux-nés. Le lecteur de bilirubinémie transcutanée, qui doit être l'outil de référence pour le dépistage de l'ictère selon les recommandations, n'est pas utilisé par les Sages-Femmes libérales. Nous avons pu constater que la première raison incombe au prix de ce dispositif. De plus, la plupart des Sages-Femmes libérales ne le considèrent pas comme indispensable (faible nombre de sorties précoces, recrudescence du nombre de Sages-Femmes libérales en Isère).

Nos objectifs secondaires nous ont permis de montrer que le suivi proposé par les Sages-Femmes libérales est tout de même de qualité.

Une grande partie des recommandations est respectée et le travail avec les maternités de proximité du bassin grenoblois permet d'optimiser la prise en charge des nouveaux-nés et ce, malgré l'absence d'utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée.

L'organisation des Sages-Femmes libérales grenobloises en réseau (SAFIR) ainsi que le Réseau Périnatal Alpes Isère joue un rôle important dans la qualité de ce suivi. Cela, notamment, par la volonté de ce dernier de promouvoir le principe d'amélioration de la qualité des soins délivrés et d'harmoniser les procédures (8).

Nous constatons qu'il existe des conflits d'intérêts entre les textes réglementaires et la réalité des contraintes. Les moyens humains sont présents et organisés au sein de réseaux mais les moyens matériels sont insuffisants pour répondre aux contraintes fixées par les recommandations.

Viennent s'associer à cela les nouvelles dispositions gouvernementales :

- la réduction du temps de séjour en maternité à deux jours
- l'extension du Projet de Retour à Domicile (PRADO) à l'échelle nationale.

Ce projet s'orienterait vers une augmentation des sorties précoces et instaurerait un cadre à la prise en charge post-natale en comprenant deux visites systématiques, la première le lendemain de la sortie de la maternité et la seconde 24 ou 48 heures après la première.

Au regard de ces dispositions, l'acquisition d'un lecteur de bilirubinémie transcutanée sera sûrement indispensable au dépistage de l'ictère néonatal.

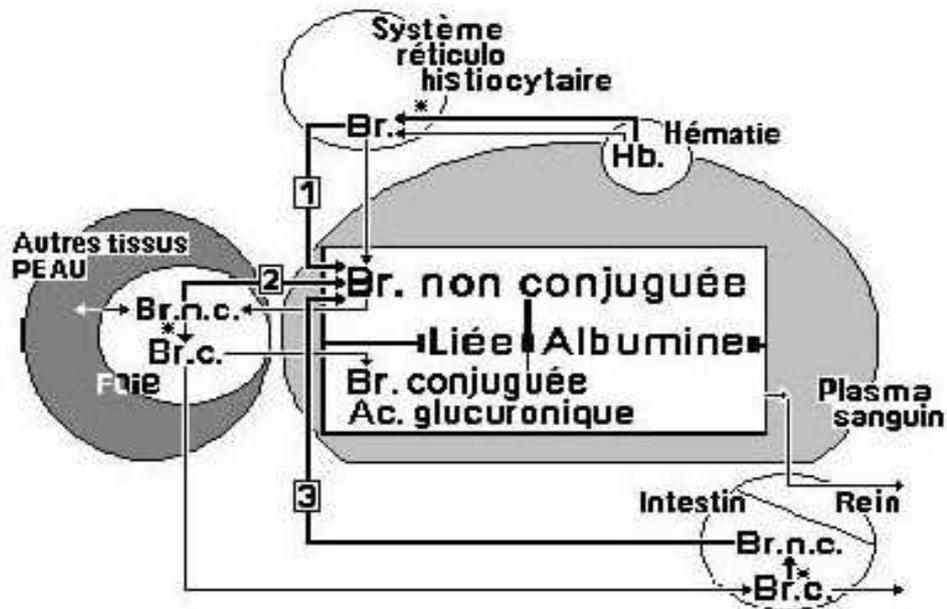
Il paraît pourtant difficile d'imaginer que toutes les Sages-Femmes libérales puissent être équipées de ce dispositif (comme le sont celles de l'Hospitalisation à Domicile). L'ensemble des informations apportées par ce mémoire, permet cependant d'envisager diverses possibilités :

- l'achat groupé chez un même fournisseur pour faire baisser les prix,
- une partie du financement par la région,
- un partage du dispositif entre Sages-Femmes d'un même secteur selon des modalités précises à mettre en oeuvre,
- l'achat de lecteurs "dit d'occasion" (cela correspond aux lecteurs fournis aux maternités en démonstration par les fabricants et qui, au bout d'un certain nombre d'heures d'utilisation ne peuvent plus être vendus comme neufs bien qu'ils soient toujours aussi performants) ...

Cela permettrait aux Sages-Femmes libérales d'exercer dans le respect des recommandations et de proposer une meilleure prise en charge des sorties précoces.

Bibliographie

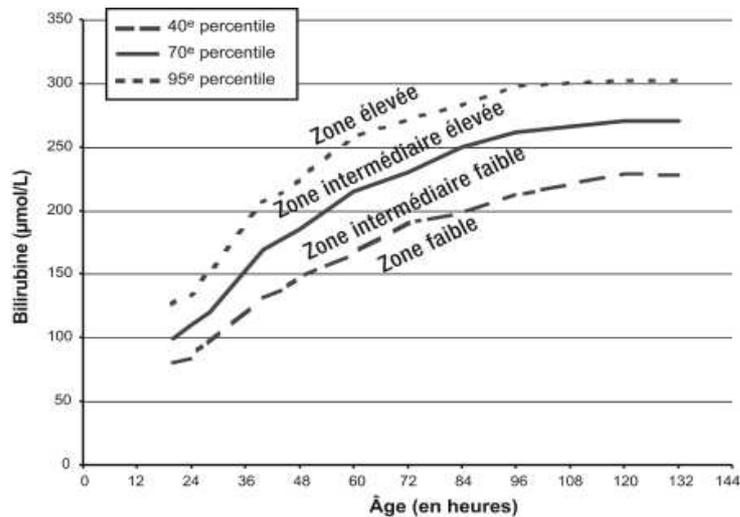
(1)



(2) Guidelines for the detection, the coverage and the prevention of the hyperbilirubinemia at the forward and little premature newborn children (35 weeks of gestationnel age or more)

Paediatrics & Child Health 2007;12(5): 13B-24B No de référence FN07-02

(3)



Paediatrics & Child Health 2007;12(5): 13B-24B No de référence FN07-02

(4) Académie Nationale de Médecine

Prise en charge de l'ictère du nouveau-né.

Bull. Acad. Natle Méd, 2003, Tome 187, No 6, p. 1195-1198

Académie Nationale de Médecine

La première semaine de vie

Bull. Acadmed.2005, vol. 189, No 5, pp. 1031-1039

Académie National de Médecine

Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine

Bull Acad Natl Med. 2010, 184(8) : 1623-1624

(5)Wiest D.

Caractéristiques des venues de nouveau-nés aux Urgences Pédiatriques du CHU de Grenoble étude rétrospective d'août 2007 à janvier 2008

diplôme d'état de sage-femme : Université Joseph Fourier, 2009

(6) ANAES

Recommandations pour la pratique clinique, sortie précoce après accouchement - conditions pour proposer un retour à domicile

2004

(7) Adjedj A., Desreumaux C., Pauchard V.,

Les principaux dispositifs médicaux dédiés à la néonatalogie,

Projet MASTER MTS, UTC : 2004-2005

(8) RPAI

Charte constitutive du Réseau Périnatal Alpes Isère

2005

Annexe I

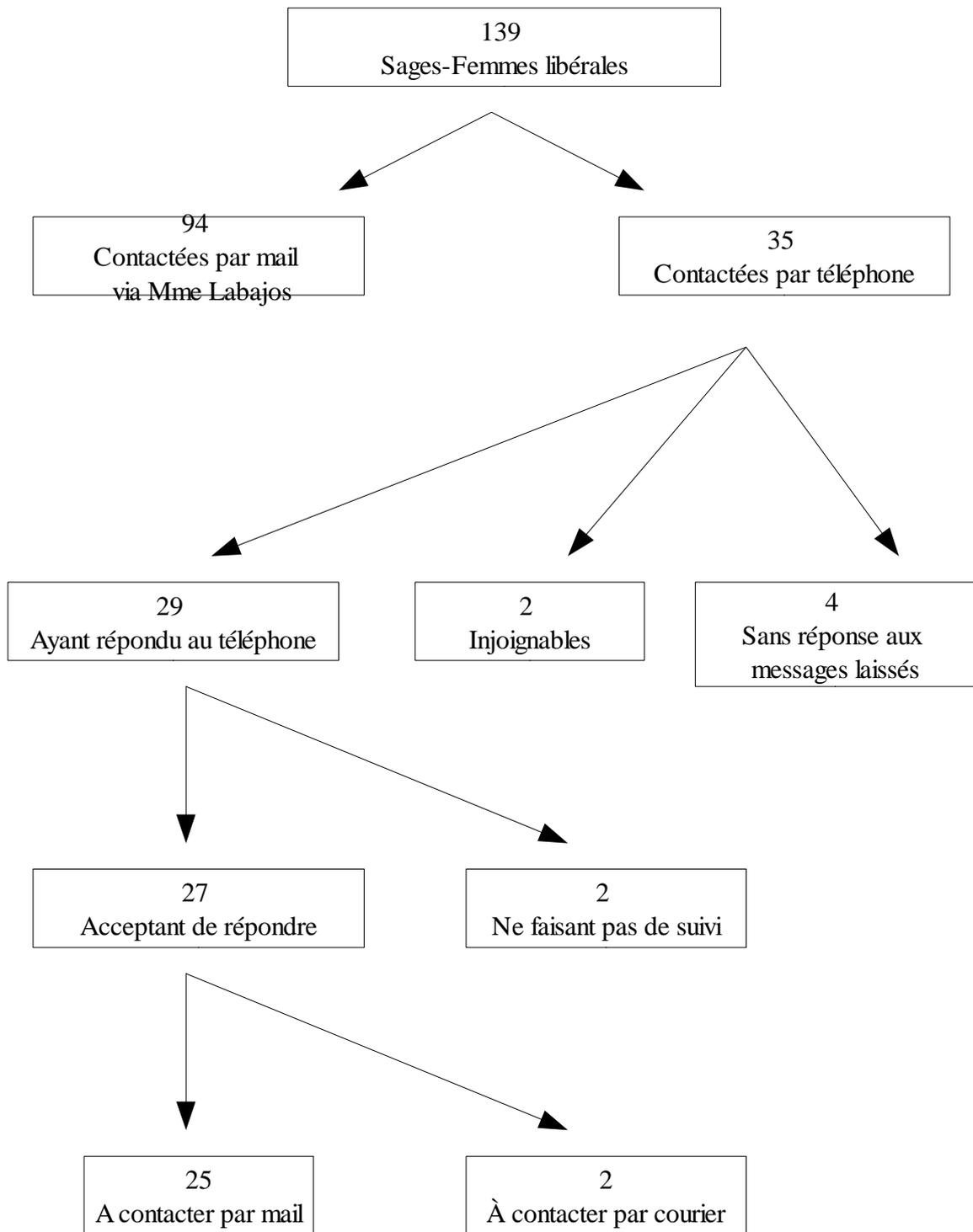


Tableau d'inclusion

3. De combien de bilirubinomètre transcutanée disposez-vous?

- a) 0 Pourquoi?
- b) 1 pour plusieurs Sages-Femmes
- c) 1 par Sage-Femme

Si vous n'avez pas de lecteur, passez directement à la question 6.

4. Votre organisation vous permet-elle de disposer du lecteur pour chaque visite en suite de couche?

- a) Oui, je l'ai pour chaque visite.
- b) Non, je dois parfois m'en passer.

5. Utilisez-vous une courbe ictère/âge pour placer la mesure de la bilirubinémie transcutanée ?

Oui Non

6. Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer une bilirubinémie sanguine :

- a) Je fais les prélèvements moi-même et j'interprète les résultats.
- b) Je prescris cet examen sans le réaliser moi-même mais j'interprète les résultats.
- c) J'adresse directement la patiente et son enfant à la maternité ou aux urgences pédiatriques pour l'examen.

Planification de vos visites en post partum

7. Selon la date de sortie de la maternité, indiquez la planification de vos visites (S=sortie)

exemple : un nouveau-né est sorti à J1, et vous prévoyez d'aller le voir à J2 et à J4 > entourez J2 et J4.

a) Pour des sorties à moins de 24 heure de vie

⤴ J0

⤴ J1

⤴ J2

⤴ J3

⤴ J4

⤴ J5

⤴ J6

⤴ J7

⤴ J8

⤴ J9

⤴ J10

⤴ J11

⤴ J12

b) Pour les sorties après J1

^ J1

^ J2

^ J3

^ J4

^ J5

^ J6

^ J7

^ J8

^ J9

^ J10

^ J11

^ J12

c) Pour les sorties après J2

^ J3

^ J4

^ J5

^ J6

^ J7

^ J8

^ J9

^ J10

^ J11

^ J12

d) Pour les sorties après J3

⤴ J4

⤴ J5

⤴ J6

⤴ J7

⤴ J8

⤴ J9

⤴ J10

⤴ J11

⤴ J12

e) Pour les sorties après J4 et +

⤴ J5

⤴ J6

⤴ J7

⤴ J8

⤴ J9

⤴ J10

⤴ J11

⤴ J12

8. Pour vous qu'elles sont les modalités de surveillance et de prévention de l'ictère? Entourez pour chaque question la ou les réponse(s) qui vous semble(nt) juste(s).

a) En cas de sortie avant 24 heure de vie, dans quel délai contrôlez-vous la bilirubinémie du nouveau-né?

- Avant 24 heure
- Avant 48 heure
- Selon la clinique

b) Répétez-vous cette mesure?

- ⤴ Non
- Quotidiennement jusqu'à J3, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge
- ⤴ Un jour sur deux, puis en fonction de l'évolution des taux mesurés rapportés à l'âge
- ⤴ Une fois pendant la première semaine de vie

c) En cas de sortie AVANT J2, quand effectuez-vous la première visite?

- ⤴ Le jour de la sortie
- ⤴ Le lendemain
- ⤴ Le surlendemain

d) En cas de sortie APRES J2, quand effectuez- vous la première visite?

- ⤴ Le jour de la sortie
- ⤴ Le lendemain
- ⤴ Le surlendemain

e) Une 2ème et 3ème visite doivent-elles être systématiques?

- ⤴ Pour les sorties AVANT J3? Oui Non
- ⤴ Pour les sorties APRES J3? Oui Non

9. A combien de diagnostic positif d'ictère avez-vous été confronté, lors de vos suivis, sur les douze derniers mois ?

.....

10. Avez-vous des remarques

.....

.....

Merci de vorte aide

Résumé

Objectif : L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux de la prise en charge des nouveau-nés sortis précocément, par les Sages-Femmes libérales.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une enquête déclarative par questionnaire auto-administré auprès des 139 Sages-Femmes libérales pratiquant sur le territoire isérois. Le recueil de données s'est fait sur une période de quatre mois. Le critère de jugement principal était l'utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée pour dépister l'ictère néonatal. Les critères de jugement secondaires étaient les modalités de surveillance de l'ictère et la planification des visites en post-partum. Les résultats ont été comparés aux recommandations de l'ANAES et de l'Académie Nationale de Médecine.

Résultats : Sur 56 réponses obtenues, aucune Sage-Femme libérale n'utilise de lecteur. Elles se basent sur la méthode visuelle dans 94 pour cent des cas. Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer une bilirubinémie sanguine, 74 pour cent des Sages-Femmes libérales adressent directement la patiente et son enfant à la maternité ou aux urgences pédiatriques pour l'examen. Vingt cinq pour cent prescrivent cet examen sans le réaliser elles-mêmes mais interprètent les résultats, et 19 pour cent font les prélèvements et interprètent les résultats. La planification des visites en post partum est proche de la conformité attendue dans les recommandations. Le coût du lecteur rapporté à sa faible fréquence d'utilisation explique son absence des cabinets libéraux selon les Sages-Femmes.

Conclusion : La non utilisation du lecteur de bilirubinémie transcutanée va à l'encontre des recommandations mais n'empêche pas un suivi de qualité. Pour autant, l'équipement des Sages-Femmes libérales est une nécessité devant le nombre croissant de sorties précoces.

Mots-clés : dépistage, ictère néonatal, sorties précoces, Sages-Femmes libérales, lecteur de bilirubinémie transcutanée, recommandations.