



**HAL**  
open science

## Enquête SOPREMA : Les médecins généralistes de Haute-Loire ont-ils envie d'être impliqués dans le dispositif des sorties précoces de maternité

Claire Boyer

► **To cite this version:**

Claire Boyer. Enquête SOPREMA : Les médecins généralistes de Haute-Loire ont-ils envie d'être impliqués dans le dispositif des sorties précoces de maternité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02405405

**HAL Id: dumas-02405405**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02405405>**

Submitted on 11 Dec 2019

**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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Claire BOYER

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2019

ENQUÊTE SOPREMA: LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE HAUTE-LOIRE  
ONT – ILS ENVIE D'ÊTRE IMPLIQUÉS DANS LE DISPOSITIF DES SORTIES  
PRÉCOCES DE MATERNITÉ ?

Directeur de thèse: M. le Docteur Stéphane LILLE

Président du jury: M. le Professeur Gilles CLEMENT

Membres du jury: M. le Professeur Laurent GERBAUD  
M. le Professeur Étienne MERLIN  
Mme le Docteur Anne BRUNHES



## UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES :  
UNIVERSITÉ D'AUVERGNE :

**JOYON** Louis  
**DOLY** Michel  
**TURPIN** Dominique  
**VEYRE** Annie  
**DULBECCO** Philippe  
**ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES :  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL :

**CABANES** Pierre  
**FONTAINE** Jacques  
**BOUTIN** Christian  
**MONTEIL** Jean-Marc  
**ODOUARD** Albert  
**LAVIGNOTTE** Nadine

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ ET  
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLÉNIER :  
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT :  
VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :  
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE :  
VICE PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE :  
DIRECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES :

**BERNARD** Mathias  
**DEQUIEDT** Vianne  
**WILLIAMS** Benjamin  
**HENRARD** Pierre  
**PEYRARD** Françoise  
**PAQUIS** François



## UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

DOYENS HONORAIRES :

**DETEIX** Patrice  
**CHAZAL** Jean

DOYEN :  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE :

**CLAVELOU** Pierre  
**ROBERT** Gaëlle

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT**

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MAL-PUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS ÉMERITÉS :**

MM. - BEYTOU Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LE-SOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

### PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHÉLEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie- Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

### PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie

M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS**

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

#### **MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martin	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

#### **MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire

Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

### MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métabolique
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS**

M. TANGUY Gilles

M. BERNARD Pierre

Mme ESCHALIER Bénédicte

Mme RICHARD Amélie

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale



A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU JURY

**Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT**

**Médecine générale Professeur des universités**

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Au cours de mon internat, vous m'avez souvent conseillé et épaulé lors des situations difficiles et soutenu dans mes projets futurs.

Vous avez également été membre du jury pour ma soutenance de mémoire de DES de médecine générale. Nous clôturons ensemble cette aventure.

Pour tous ces aspects, je vous remercie. Soyez assuré de mon infini respect.

AUX MEMBRES DU JURY

**Monsieur le Professeur Étienne MERLIN**

**Pédiatrie Professeur des Universités Praticien Hospitalier Chef de service**

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de ma thèse.

Ayant réalisé mon stage de pédiatrie au Puy-en-Velay, je n'ai pas eu l'opportunité de travailler avec vous. Vos savoirs et savoir-faire eussent été très enrichissants pour ma pratique future.

Je vous fais part ici de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Laurent GERBAUD**

**Épidémiologie, Économie de la Santé, Santé Publique et Prévention**

**Professeur des Universités Praticien Hospitalier Chef de service**

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de ma thèse.

Vous accompagnez les étudiants de leur premier semestre d'internat jusqu'à leur soutenance de thèse. Je vous assure mes plus respectueux remerciements.

**Madame la Docteur Anne BRUNHES**

**Pédiatrie Praticien Hospitalier**

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de ma thèse.

Vous êtes sans aucun doute l'un des piliers du service de maternité, au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand. Votre dévouement envers ce service et vos patients ne fait aucun doute. Je vous suis infiniment reconnaissante.

A MON DIRECTEUR DE THÈSE ET MEMBRE DU JURY

**Monsieur le Docteur Stéphane Lille**

**Pédiatrie Praticien Hospitalier**

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Mon semestre au sein de votre service fut particulièrement enrichissant tant par votre implication que par votre envie de formation des « internes ». La bienveillance est votre maître mot. Au fil des semaines, vous m'avez transmis savoir et savoir-faire, mais également une passion certaine pour la pédiatrie.

Vous avez dirigé ma thèse et suivi chacune de ses avancées. Vous avez toujours été disponible et à l'écoute pour me conseiller et me rassurer en cas de doute.

Je vous adresse mes plus profonds remerciements, ainsi que mon profond respect.

## A MA FAMILLE

À **mes parents**: mes deux piliers, mon moteur; à **mon petit frère**: « **mon groggi** »; à **ma grande sœur**: **Marie**; à **mes grands-parents**: mes premiers fans; à **mes oncles**: **Dédé et Jean-Jacques**, à **mes tantes Lucie et Françoise**; à **mes cousines, cousins, et maintenant petits cousins et petites cousines**; à **mon « CANOU »** et à **toute la famille Fares**; à **ma belle-sœur Eva**: « mon bonhomme ».

## A MES AMIS

À **Marion**, à **Marine**, à mes deux petits chats: **Clémence et Anne So**; à **Cathou**; à tous mes **JANES et JOHNS**; à **Adrien**: mon deuxième « petit frère »; à **Arthur**: THE grand frère; à ma **Luce, Popo et Charlène**, sans oublier **Juju, Bruno, Fel, Sylvain, Clément, Camilla, Jawad, Zach, Thomas...**; à tous les copains et copines de Saint Étienne: **Ben, Charlotte, Faustine, Pauline, Mathilde, MT, Anne, Lucie, Thomas...**; aux Capitoliens: à **Océane** «ma mamie » et à **Cédric**, à **Marie**, à **Momo et Juju**; aux Ponots: **Pierre et Aurélie**; à **Sophie**: ma « mère Monange »; à **Nadine, François, Émilie et Kiki**; à **Virginie**.

A toute l'équipe des urgences du Puy: **Greg, Geg, Jordan, Jean, Flo, Gaetan, Mimi, Sylvain, Marion, Val, Romu, Teddy, Steph, Alex, Laeticia**, et **aux docs**; à **mes chouchous d'endo**; à toute l'équipe de **pédiatrie**; au « **DAIM** » et au « **Dr Pinot** ».

A mes praticiens de premier niveau: le **Dr Thomas** et le **Dr Casanova**; à mes praticiens de deuxième niveau: le **Dr Monange** et le **Dr Sarrou**.

## TABLE DES MATIÈRES

I) INTRODUCTION .....	19
II) METHODOLOGIE.....	36
A) Objectifs de l'étude.....	36
B) Design de l'étude .....	37
C) Conception du questionnaire .....	37
D) Diffusion du questionnaire et organisation pratique de l'étude.....	39
E) Mode de circulation des données.....	39
F) Critère de jugement principal .....	40
III) RÉSULTATS .....	41
A) Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	41
B) Activité pédiatrique des MG altiligériens.....	42
C) Intérêt des MG pour les sorties précoces .....	44
D) Intérêts et risques des SP pour les MG .....	45
E) Interaction des MG avec les autres professionnels dans le cadre des sorties précoces	
48	
F) Analyse du critère de jugement principal : participation au registre.....	50
G) Les facteurs limitant pour les MG à participer au registre .....	54
H) Analyses multivariées.....	55
IV) DISCUSSION .....	57
V) CONCLUSION.....	71

VI) BIBLIOGRAPHIE.....	73
VII) ANNEXES.....	80
A) Questionnaire.....	80
B) Procédure « Organisation des SP de maternité » du CHER du Puy-en-Velay .....	89
C) Fiche de synthèse en cas de SP.....	95

## INDEX DES TABLEAUX

Tableau I: Critères définissant la mère à bas risque en cas de sorties précoces, selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de l'HAS 2014 [4;6].....	21
Tableau II: Critères définissant l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce, selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS 2014[3;4]. .....	22
Tableau III: Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une sortie précoce. ....	31
Tableau IV: Nombre de sorties précoces en France et DOM-TOM selon les données de l'assurance maladie pour l'année 2017. ....	33
Tableau V: Les sorties précoces à la maternité du CHER, selon les données de l'assurance maladie. ....	33
Tableau VI: Descriptif de l'échantillon.....	41
Tableau VII: Activité pédiatrique des médecins généralistes altiligériens. ....	42
Tableau VIII: Intérêt des médecins généralistes pour les sorties précoces. ....	45
Tableau IX: Intérêts et risques des sorties précoces pour les médecins généralistes. ....	48
Tableau X: Les sages-femmes et les médecins généralistes.....	49
Tableau XI: Outils mis en place pour promouvoir la participation des médecins généralistes au registre. ....	49
Tableau XII: Comparatif des caractéristiques des deux groupes de médecins généralistes selon leur opinion au sujet de l'objectif principal. ....	52
Tableau XIII: Comparatif des caractéristiques des deux groupes de médecins généralistes selon leur opinion au sujet d'être référent libéral de secteur. ....	53
Tableau XIV: Analyse multivariée concernant la participation des médecins généralistes au registre. ....	55

Tableau XV: Analyse multivariée concernant la participation à être référent libéral de secteur.

..... 56



## INDEX DES FIGURES

Figure 1: Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, dans le monde, en 2013. .....	19
Figure 2: Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre; Référentiel des bilirubinémies "normales" pour le nouveau-né > 35 SA classées en percentile; Nomogramme d'après "Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999"[12].	24
Figure 3: Ictère du nouveau-né: organigramme décisionnel de sortie et suivi; Société française de néonatalogie.	25
Figure 4: Observations des tétées.	26
Figure 5: Indications de la surveillance clinique des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'INBP.	28
Figure 6: Schéma du parcours de soins du nouveau-né après une sortie précoce, au cours du premier mois de vie.	29
Figure 7: Nombre de naissance par an, à la maternité du CHER, de 2008 à 2018.	34
Figure 8: Chronologie de l'étude.	36
Figure 9: Nombre d'habitants des communes d'exercice des médecins généralistes répondeurs. .....	42
Figure 10: Types de formations pédiatriques auxquelles ont participé les médecins généralistes depuis leur installation.	43
Figure 11: Intérêt et aisance des médecins généralistes à participer à l'examen J6-J10.	44
Figure 12: Le principal risque des sorties précoces de maternité, selon les médecins généralistes.	46
Figure 13: Le principal risque médical pour le bébé en cas de sortie précoce, selon les médecins généralistes.	47
Figure 14: Opinion des médecins généralistes sur les outils mis en place.	50

Figure 15: Facteurs limitant les médecins généralistes à participer au registre ..... 54

Figure 16: Flow Chart des sorties précoces de maternité..... 68

## LISTE DES ABREVIATIONS

AAP Académie Américaine de Pédiatrie

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AURA Auvergne Rhône-Alpes

AFDPHE Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant

BTC Bilirubine Totale Transcutanée

BTS Bilirubine Totale Sanguine

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH Centre Hospitalier

CHER Centre Hospitalier Émile-Roux

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMS Durée Moyenne de Séjour

ETP Equivalent Temps Plein

HAS Haute Autorité de Santé

INBP Infections fœto-maternelles précoces

OCDE Organisation de coopération et de développement économique

QCM Questionnaire à Choix Multiples

MG Médecin Généraliste

PRADO Programme de Retour à Domicile

RBPP Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RPDA Retour Précoce à Domicile après Accouchement

SF Sage-Femme

SP Sortie précoce

VB Voie Basse

## D) INTRODUCTION

Depuis ces 20 dernières années, la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité s'est considérablement raccourcie. Elle reste toutefois variable selon les pays. En France, la DMS se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (4 vs 3 j [1]) (Figure 1).

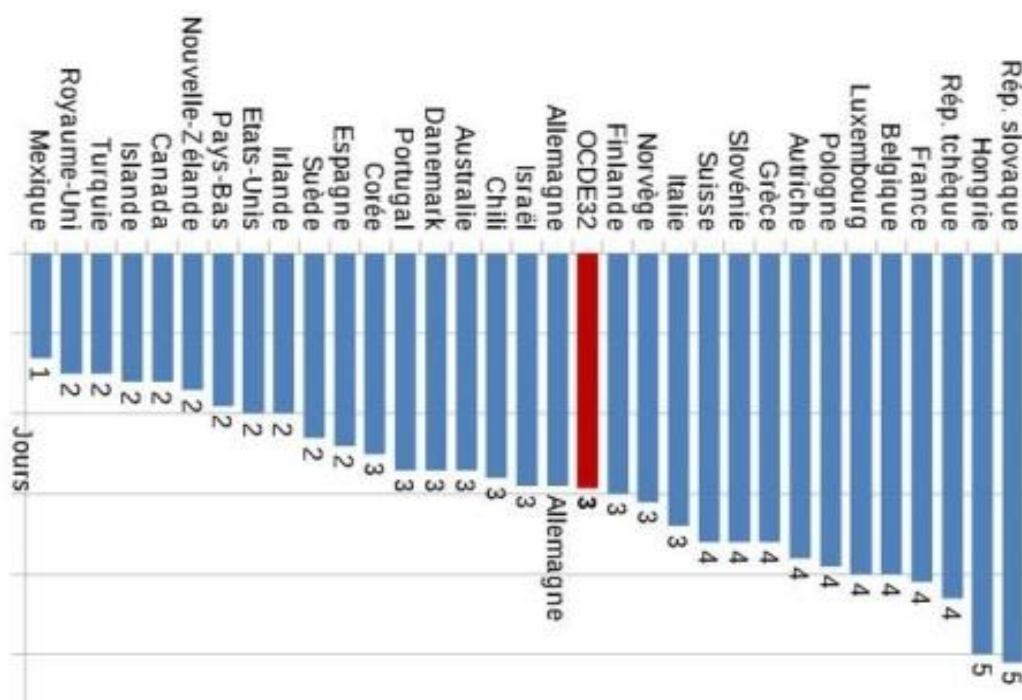


Figure 1: Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, dans le monde, en 2013.

Les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) de 2004 sur «la sortie précoce après l'accouchement» ont significativement modifié l'organisation des soins de la période périnatale: fermeture des petites maternités, plan de périnatalité, meilleure gestion des lits, tarification à l'activité, réduction des coûts hospitaliers... [2 ; 3].

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) en vue d'obtenir des conditions optimales pour proposer un retour

précoce à domicile après accouchement (RPDA). Une sortie précoce (SP) est définie « comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse, 96 premières heures après un accouchement par césarienne » [4]. Cependant, cette définition ne fait l'objet d'aucun consensus international, ce qui complique la comparaison des données dans la littérature.

Les enjeux pédiatriques d'une SP sont multiples. Les premiers jours de vie sont une période critique d'observation pour détecter une éventuelle pathologie, transitoire ou non. L'adaptation néonatale à la vie extra-utérine se fait de manière progressive sur 5 jours [5]. Dès lors, une SP insuffisamment préparée et mal accompagnée peut exposer le nouveau-né à une morbidité non négligeable et à des retards de diagnostic. De ce fait, une vigilance particulière s'impose.

La première condition nécessaire pour une sortie cohérente est une information des femmes (et/ou des parents) au cours du troisième trimestre de grossesse. Elle reprend les conditions et l'organisation de la sortie du couple mère/bébé. Elle est réalisée par un professionnel connaissant le fonctionnement du service et les ressources locales disponibles à la sortie. Un document écrit reprenant ces informations données oralement est également remis à la femme / au couple parental [6]. Une fois cette information correctement délivrée, l'accord signé des parents doit être obtenu et joint au dossier obstétrical.

La deuxième condition est de définir le bas risque maternel (tableau I) et pédiatrique (tableau II) pour un retour à domicile précoce, selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS de 2014 [4]. En effet, les expériences internationales (dont celle des États-Unis) [7] ont démontré qu'une fois le bas risque défini, la durée de séjour se révèle peu discriminante pour la sécurité de la mère et de son enfant, sous condition qu'un suivi médical de qualité soit assuré à la sortie.

Critères	
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thrombo-emboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

\*instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, autonomie pour réaliser les soins de bases, déficience mentale...;  
 \*\*mineurs, précarité, logement non adéquat, etc ; \*\*\*pertes sanguines estimées supérieures à 1500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

NB: Les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile standard sont surlignées.

Tableau I: Critères définissant la mère à bas risque en cas de sorties précoces, selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de l'HAS 2014 [4;6]

Critères	
1	Nouveau-né à terme $\geq 38$ SA, singleton et eutrophe
2	Apgar $\geq 7$ à 5 minutes
3	Examen clinique normal <b>le jour de sortie</b>
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions <b>spontanées</b> des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8% par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection; si facteurs de risque d'infection: prélèvements biologiques et bactériologique récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi post-partum après la sortie organisé: 1 <sup>ère</sup> visite prévue <b>dans les 24 heures après la sortie</b>

Tableau II: Critères définissant l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce, selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS 2014[3;4].

L'analyse des risques pour le nouveau-né, en cas de SP de maternité, est une étape indispensable dans l'élaboration d'un réseau de soins et d'une surveillance adaptée. Les principales pathologies à surveiller en maternité et au domicile sont:

- Un ictère pathologique,
- Une déshydratation,
- Une cardiopathie congénitale,
- Une infection néonatale bactérienne précoce (INBP),
- Des pathologies malformatives.

De même, la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose et le risque de surdités doivent être écartés dans le cadre du dépistage néonatal organisé réalisé avant la sortie du nouveau-né.

L'ictère, coloration jaune des téguments et des muqueuses, est retrouvé chez plus de 60% des nouveau-nés à terme [8]. Souvent témoin d'un « ictère physiologique », c'est un symptôme dont la signification clinique reste en règle difficile à appréhender. Contrairement à l'adulte, l'ictère du nouveau-né est, dans l'immense majorité des cas, à bilirubine indirecte (non liée à l'albumine et non conjuguée). L'accumulation de bilirubine est due en particulier à une immaturité de la glycuco-conjugaison hépatique. Dans la majorité des cas, son évolution est favorable et sa résolution est spontanée sans traitement. Mais chez certains nouveau-nés, la bilirubinémie progresse et la bilirubine non conjuguée et non liée à l'albumine peut franchir la barrière hémato-encéphalique, se fixer sur les structures nerveuses et induire une encéphalopathie aiguë voire chronique (l'ictère nucléaire). Une attention particulière doit donc être portée à la prévention des hyperbilirubinémies sévères et des ictères nucléaires. De rares cas continuent de survenir dans les pays où les SP sont pratiquées sans surveillance adéquate systématique [8]: 174 cas d'ictères nucléaires ont été recensés aux USA (1/100 000 naissances) et le même chiffre d'incidence est avancé en Europe. Les recommandations actualisées de l'HAS, concordantes avec les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP), rappellent les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère [4; 9]. Une population à bas risque d'ictère est définie par la mesure de la bilirubine totale transcutanée (Btc) ou bilirubine totale sanguine (BTS). L'interprétation de la Btc est d'autant plus informative quand plusieurs valeurs recueillies permettent d'établir une courbe et un profil évolutif individuel de l'ictère au cours du temps (Figure 2). Une SP est possible si la Btc ou la BTS est inférieure au 40<sup>ème</sup> percentile (Figure 3). Mais la réalisation d'un dosage de la BTS ou



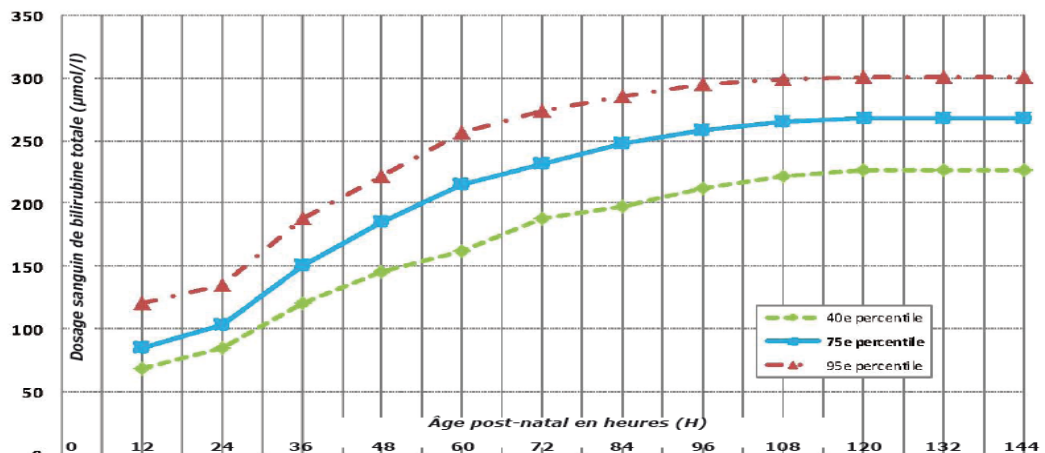
d'une mesure de la Btc doit pouvoir être organisée dans le dispositif de suivi à domicile, même à 24 heures de la sortie de maternité [10 - 12].

### SUIVI QUOTIDIEN INDIVIDUEL DE L'ICTÈRE

Étiquette patient	<b>Enfant</b>	Date N :	Heure N :	Terme :
		Poids :	Sexe :	Anticorps (éluion) :
		Groupes :	Coombs direct :	
	<b>Mère</b>	Groupes :	RAI /Anticorps :	

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère	
<input type="checkbox"/> Age gestational <38 SA	<input type="checkbox"/> Ictère des premières 24h
<input type="checkbox"/> Situation incompatibilité ABO	<input type="checkbox"/> RAI mère positive
<input type="checkbox"/> ATCD ictère traité fratrie	<input type="checkbox"/> ATDC hémolyse familiale
<input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome	<input type="checkbox"/> Origine parents ou grands parents : Asie, Afrique, Antilles
<input type="checkbox"/> Allaitement maternel exclusif inefficace	<input type="checkbox"/> Perte pondérale de 8% ou plus

Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)  
Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né  $\geq$  35 SA classées en percentile  
Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Date		J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	
Heure							
Btc sternum							
Btc front							
Bilirubine totale sanguine							

Indication à prélever un dosage sanguin de bilirubine si Btc  $>$  250 $\mu\text{mol/l}$  et/ou si Btc  $\geq$  75ème percentile

Figure 2: Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre; Référentiel des bilirubinémies "normales" pour le nouveau-né  $>$  35 SA classées en percentile; Nomogramme d'après "Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999"[12].

C'est pourquoi les données de la surveillance quotidienne de l'ictère en maternité doivent être consignées dans le carnet de santé, en cas de retour [12].



### Ictère du nouveau-né : organigramme décisionnel de sortie et suivi

**Sortie précoce\*** (HAS 2014) : <72h si voie basse et <96h si césarienne  
**Visite de suivi\*\*** (HAS 2014) = Evaluation de état général+ interaction mère-enfant+ alimentation + poids + quantification ictère. **FDR<sup>†</sup>** : **facteur de risque d'hyperbilirubinémie sévère** (âge gestationnel < 38 SA, allaitement maternel inefficace, début ictère <H24, maladie hémolytique familiale, allo-immunisation maternelle ou contexte incompatibilité ABO, antécédents ictère traité dans la fratrie, bosse séro-sanguine ou hématomes, grand-parents d'Asie, d'Afrique et des Antilles). **Btc** : bilirubine transcutanée ; **BTS** : dosage sanguin de bilirubine totale ; **p<sup>†</sup>** : **percentile du nomogramme** (référentiel des bilirubinémies normales) adapté de Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM ; *Pediatrics*, 1999;103(1): 6-14

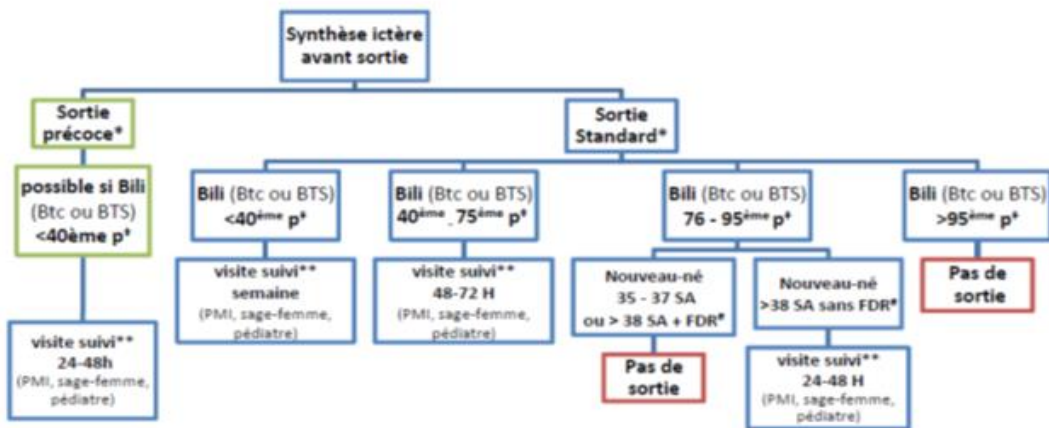


Figure 3: Ictère du nouveau-né: organigramme décisionnel de sortie et suivi; Société française de néonatalogie.

Corollaire au risque d'ictère pathologique, l'allaitement doit être accompagné et soutenu en maternité et après la sortie (Figure 4) [13].

Evaluation détaillée des tétées : (idéal 1x toutes les 12h)		
Etat d'éveil du nouveau né	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> mauvais
Succion	<input type="checkbox"/> efficace	<input type="checkbox"/> inefficace
Position au sein	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> mauvaise
Déglutition	<input type="checkbox"/> présente	<input type="checkbox"/> absente
Ecoulement du colostrum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Ecoulement lait	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nombres tétées par 24 heures :		
Urines fréquentes (couches pleines)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Méconium	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Selles jaunes grumeleuses d'allaitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Figure 4: Observations des tétées.

Les cardiopathies congénitales sont les malformations congénitales les plus fréquentes et concernent près de 1% des naissances [14]. Les anomalies des septa cardiaques (communication interventriculaire et communication interauriculaire) sont les formes les plus fréquentes (5/1000 naissances). Puis, par ordre décroissant, il y a la sténose valvulaire pulmonaire (0,40/1000naissances), la transposition des gros vaisseaux (0,35/1000 naissances), la coarctation de l'aorte (0,34/1000 naissances), la tétralogie de Fallot (0,28/1000 naissances) et l'hypoplasie du cœur gauche (0,26/1000 naissances).

En maternité, il existe un réel risque de méconnaître une cardiopathie congénitale [15]. En effet, 20 à 25 % des malformations cardiaques [16] ne sont diagnostiquées qu'après la sortie de maternité: l'hypertension artérielle pulmonaire résiduelle des premiers jours peut masquer un souffle à l'examen clinique; les pouls fémoraux peuvent être perçus malgré un rétrécissement de l'arche aortique par persistance du canal artériel.

La coarctation de l'aorte représente 10% de ces cardiopathies congénitales [17]. Elle peut se révéler entre le troisième et dixième jour de vie: le nouveau-né va bien et ses pouls fémoraux sont perçus tant qu'un large canal artériel est présent. L'évolution dépend de l'importance du rétrécissement. En cas de coarctation sévère, il apparaît dès la première semaine de vie une

tachypnée, une tachycardie et des difficultés d'alimentation, puis la survenue avant deux ou trois semaines de vie d'un choc cardiogénique. Au stade de défaillance ventriculaire, le diagnostic repose sur des éléments cliniques simples: abolition des pouls fémoraux alors que les pouls huméraux sont perçus et présence d'un souffle systolique irradiant dans le dos. Cette cardiopathie, de par sa fréquence et sa gravité, rend primordial l'examen cardiovasculaire du nouveau-né entre J6-J10 en cas de SP de maternité [18].

La mesure systématique de l'oxymétrie de pouls après 48 heures de vie a été proposée et adoptée au Royaume-Uni et dans plusieurs états américains [19]. Néanmoins, l'HAS estime, en 2014, que les données de la littérature sont insuffisantes pour standardiser cette mesure. La possibilité de généraliser cet examen de dépistage dans les maternités françaises à toute une population d'enfants, à priori sains, n'a pas encore été évaluée. Cela nécessite de déterminer au préalable la disponibilité des capteurs de saturation, le type d'oxymètre de pouls, le moment du dépistage, et les catégories de professionnels concernés.

Une vigilance particulière devra également être accordée au dépistage et à la prise en charge des INBP.

En France, leur incidence est de 0,2 pour 1000 naissances vivantes [20]. Les nouveau-nés infectés sont symptomatiques dans 98% des cas avant 24 heures de vie [21; 22]. Selon les recommandations de l'HAS « Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce ( $\geq 34$  SA) » de 2017, une surveillance adaptée des nouveau-nés asymptomatiques des catégories A (bas risque), B (risque intermédiaire) et C (risque élevé) est préconisée pendant 48 heures. La décision de traiter un nouveau-né repose désormais davantage sur la clinique. Les prélèvements bactériologiques périphériques (auriculaire, gastrique, anal) ne sont plus recommandés chez les nouveau-nés à risque  $\geq 34$  SA. La place de la biologie (marqueurs de l'inflammation comme la CRP) est secondaire. Le gold standard

de l'INBP reste la positivité de l'hémoculture ou de la culture du liquide céphalorachidien (Figure 5) [20].

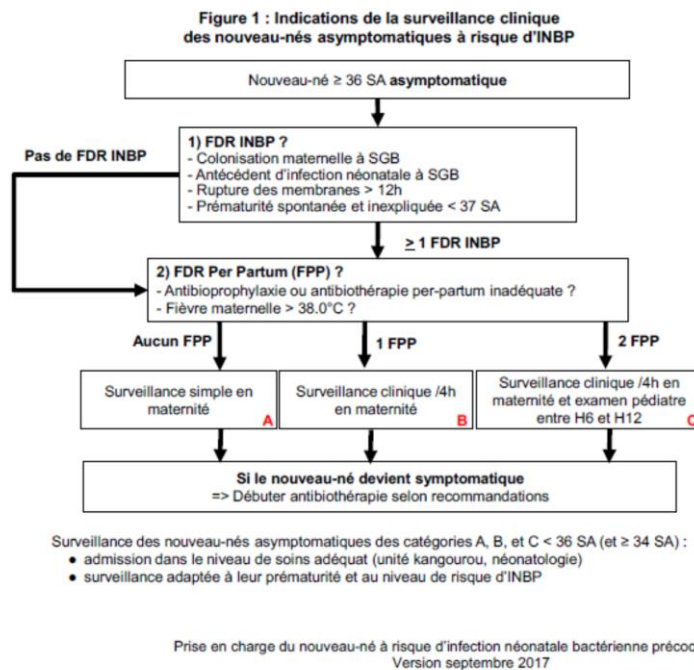


Figure 5: Indications de la surveillance clinique des nouveau-nés asymptomatiques à risque d'INBP.

Les dépistages néonataux doivent être organisés par la maternité et leur traçabilité assurée [3]. Selon les recommandations de l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention du Handicap de l'Enfant (AFDPHE) en 2015, le test de Guthrie doit se faire autour des 72 heures de vie et impérativement au-delà de 48 heures [23]. Son but est d'identifier les nouveau-nés susceptibles d'être atteints d'une maladie ou d'un handicap. Il permet le dépistage précoce de 5 maladies rares: la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose, l'hyperplasie congénitale des surrénales et la mucoviscidose. En cas de SP, il est réalisé à 48 heures de vie à la maternité chez un enfant correctement alimenté.

Le dépistage de la surdité est proposé systématiquement à tous les nouveau-nés avant la sortie de maternité, selon l'arrêté du 23 avril 2012 [24]. Les otoémissions acoustiques ou potentiels évoqués auditifs sont réalisables dès 24 heures de vie.

Une fois sélectionnée la population mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique [25] et le consentement du couple recueilli, il est indispensable d'assurer un accès à un programme de suivi à domicile structuré et fiable. Un schéma du parcours de soin du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une SP a été défini par l'HAS en 2014 (Figure 6) [4].

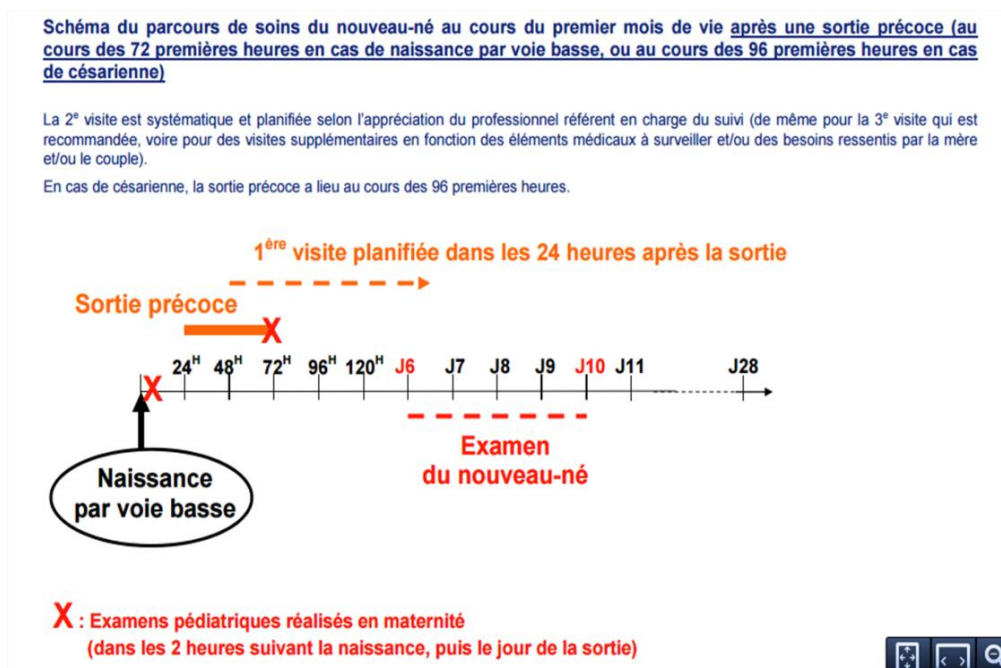


Figure 6: Schéma du parcours de soins du nouveau-né après une sortie précoce, au cours du premier mois de vie.

Les nouveau-nés doivent bénéficier au minimum de deux examens à la maternité:

- Le premier est réalisé dans les 2 heures suivant leur naissance par la sage-femme (SF) ou le pédiatre.

- Le deuxième est impérativement réalisé le jour de la sortie du nouveau-né et après 48 heures de vie par le pédiatre.

Trois visites sont recommandées dans le déroulement du suivi du nouveau-né après une SP [4]. Elles sont réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin:

- La première visite systématique est réalisée 24 heures après la sortie de la maternité par une SF libérale. En cas d'impossibilité de réaliser cette visite, la date de sortie de maternité doit être reportée.
- La deuxième visite est réalisée au 5ème jour postnatal par une sage-femme libérale.
- La troisième visite s'effectue entre le 6ème et le 10ème jour postnatal par un pédiatre libéral ou par un médecin généraliste (MG). Un examen médical complet du nouveau-né doit être réalisé.

Les paramètres de surveillance des nouveau-nés retournés à domicile après une SP sont définis par l'HAS, en 2014, selon les recommandations de bonnes pratiques [4] (Tableau III). Ils prennent en compte l'observation des tétées, la prise de poids du nouveau-né, le risque infectieux, le suivi de l'ictère, l'auscultation cardiaque, la perception des pouls fémoraux et le comportement global du nouveau-né.

Paramètres de surveillance
Risque d'ictère: surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BTS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
Risque de cardiopathies: auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
Risque de déshydratation/dénutrition: poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour)
Risque infectieux: température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
Comportement: tonus, éveil, contact
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamine K
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

Tableau III: Paramètres de surveillance des nouveau-nés à bas risque retournés à domicile après une sortie précoce.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées en fonction des éléments médicaux nécessitant une surveillance et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

Le dispositif de SP semble plus abouti en région Parisienne et dans d'autres grandes villes de France [26] où il existe une forte densité pédiatrique et une implication des pédiatres [27].

Les sorties précoces de maternité sont encore peu développées en région Auvergne, et notamment en Haute-Loire (Tableau IV et V). Le nombre de SP recensées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) au 31 décembre 2017 est estimé à 42953 en France, dont 4482 en Rhône-Alpes, 658 en Auvergne, et seulement 101 en Haute-Loire (soit 10,45%



des séjours en maternité). Les analyses statistiques référencées par l'assurance maladie sont définies dans ce cas comme des sorties inférieures à 72 heures, mais elles sont à 92% supérieures à 68 heures pour un accouchement par voie basse; inférieures à 96 heures mais supérieures à 72 heures pour un accouchement par césarienne.

Pour l'année 2018, le nombre de sorties précoces recensées en Haute-Loire est de 217 (soit 23,10%), avec un taux d'adhésion au PRADO de 100% selon les données de l'assurance maladie. Le PRADO correspond à un programme de soins à domicile pour les patients hospitalisés. Il a été mis en place par l'assurance maladie en 2010. Son but est d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville, et notamment d'accompagner les femmes à domicile après leur accouchement. Au 30 juin 2019, la maternité du Centre Hospitalier Émile-Roux (CHER) a recensé 33% (123/371) de sorties précoces pour les accouchements par voie basse et 50% (38/74) pour les accouchements par césarienne. Le taux d'adhésion au PRADO est de 100%. Ces SP ne sont pour l'instant pas réellement organisées telles que le préconisent les dernières recommandations [4] et concernent à plus de 90% des nouveau-nés au troisième jour de vie.

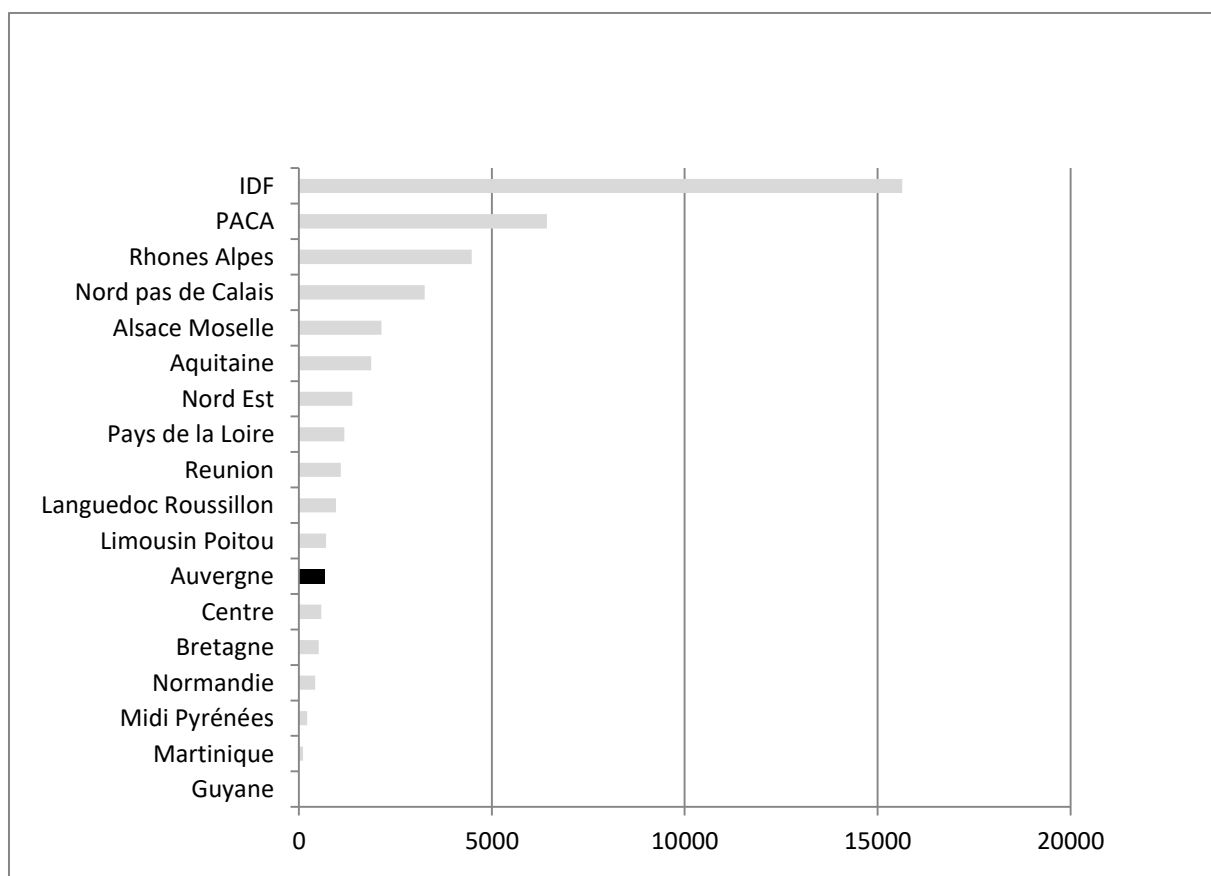


Tableau IV: Nombre de sorties précoces en France et DOM-TOM selon les données de l'assurance maladie pour l'année 2017.

Année	Nombre d'accouchements étudiés	Nombre de SP	Taux d'adhésion	Pourcentage des SP
2017	966	101	100%	10,45%
2018	939	217	100%	23,10%
2019 *	445	161	100%	35%

Tableau V: Les sorties précoces à la maternité du CHER, selon les données de l'assurance maladie.\* Données recueillies au 30/06/2019.

En octobre 2018, une enquête régionale, basée sur les recommandations HAS 2014, est réalisée pour faire un état des lieux sur les SP de maternité en Auvergne [28]. Elle est envoyée par questionnaire électronique aux responsables d'unité des dix maternités d'Auvergne.

Uniquement deux maternités sur huit réalisaient déjà des SP organisées: Issoire et Thiers. La mise en place des SP était prévue à court terme sur le CHU de Clermont-Ferrand. Actuellement, le dispositif est opérationnel.

La maternité du CHER du Puy-en-Velay a été sollicitée par la CPAM de Haute-Loire pour accélérer la mise en place des sorties précoces, souhaitées par le personnel hospitalier. Il s'agit d'une maternité de niveau 2A. Elle comprend une unité obstétricale de 21 lits, 3 salles d'accouchement et une unité de néonatalogie de 6 lits. Le nombre total de naissances est resté relativement stable ces dix dernières années (Figure 7). Au 1er août 2019, il est recensé 601 naissances.

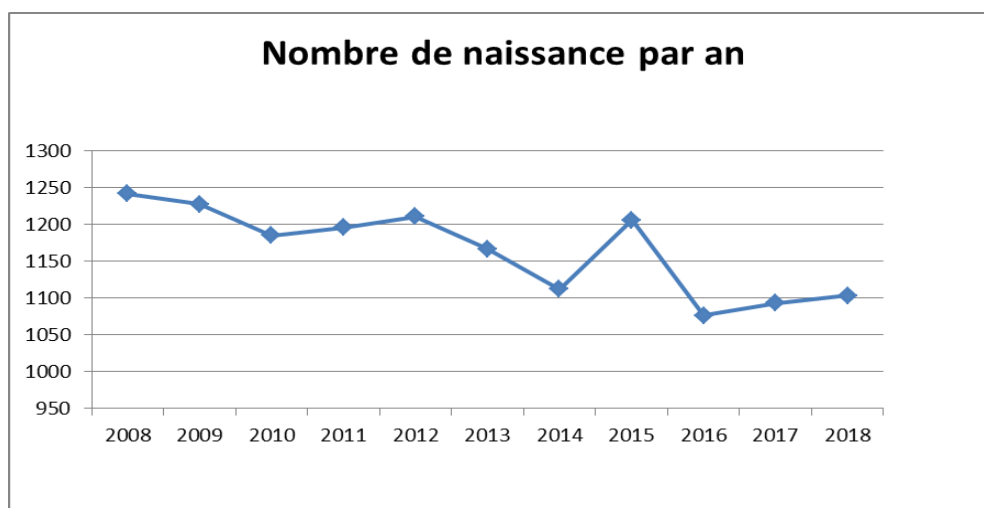


Figure 7: Nombre de naissance par an, à la maternité du CHER, de 2008 à 2018.

Le Pôle mère-enfant dispose de 4,1 gynéco-obstétriciens équivalents temps pleins (ETP), de 3,3 pédiatres ETP, de 6 internes de médecine générale (au total 4 en pédiatrie et 2 en gynécologie), de 2 internes de gynécologie-obstétrique et d'un interne de pédiatrie, de 28 SF (environ la moitié des SF exercent à mi-temps et ont une activité libérale en parallèle), de 19 infirmières puéricultrices et de 22 auxiliaires puéricultrices.

Sur l'année 2018, 50% des accouchements pour les mères domiciliées en Haute-Loire ont été pris en charge au CHER, 23% au Centre Hospitalier (CH) de Firminy, 10% à Issoire, 7% au CH Privé de la Loire, 6% au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Étienne et 2% au CHU de Clermont-Ferrand. Le taux d'attractivité est de 8% pour l'année 2018: 83 patientes domiciliées hors département ont accouché au CHER.

Devant le manque de pédiatres libéraux (1 pédiatre libéral vs 196 MG) sur notre territoire et la nécessité de réaliser un examen médical entre le 6ème et le 10ème jour de vie du nouveau-né, il est indispensable que les MG fassent partie intégrante du parcours de soin. Notre travail de recherche se situe donc dans ce contexte difficile: il s'agit pour nous de savoir si les MG de Haute-Loire seraient partie prenante dans ce dispositif de SP de maternité.

## II) METHODOLOGIE

### A) Objectifs de l'étude

Notre hypothèse de travail est que les MG pourraient contribuer à faciliter l'accès aux examens médicaux du nouveau-né entre J6 et J10 en cas de SP de maternité.

En découlaient notre question de recherche: « Les médecins généralistes de Haute-Loire ont-ils envie d'être impliqués dans le dispositif des sorties précoces de maternité ? »

L'objectif principal de l'étude est donc de déterminer les possibilités de la réalisation par le MG de l'examen obligatoire du nouveau-né entre J6 et J10 en cas de SP de maternité dans un département rural.

L'objectif secondaire est de déterminer les éléments facilitant et limitant sa réalisation.

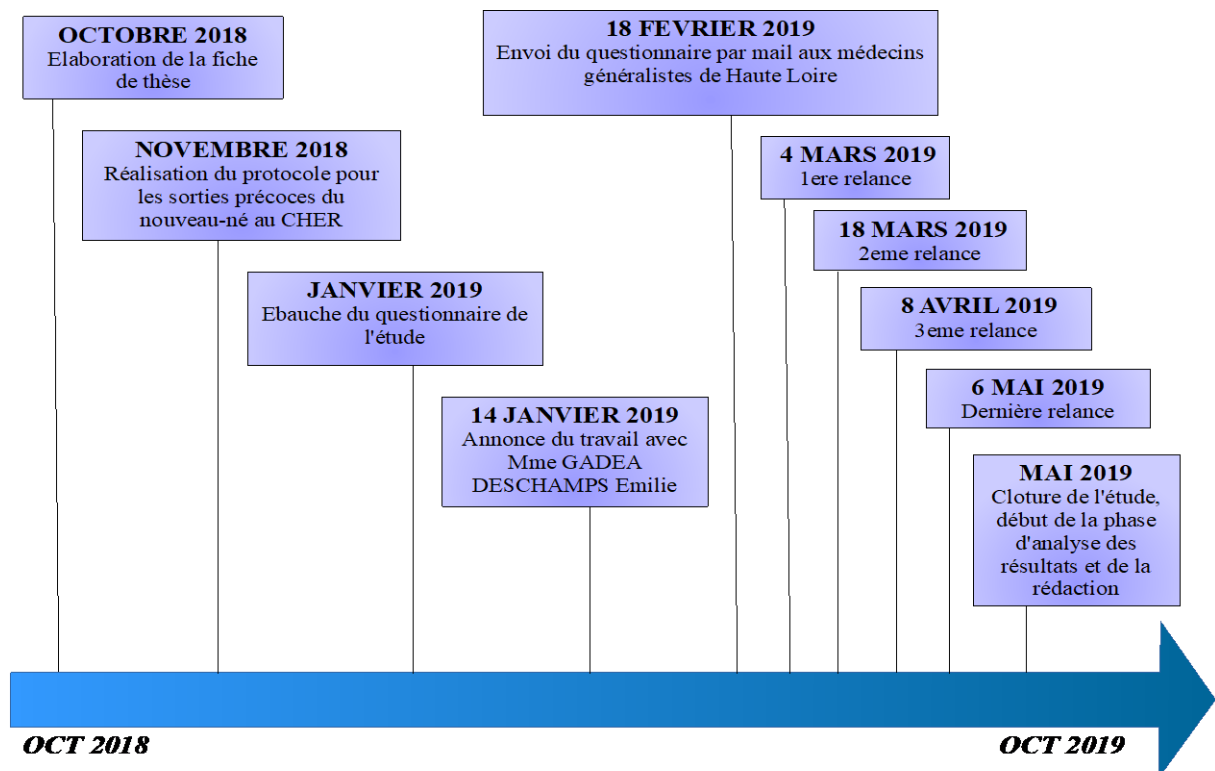


Figure 8: Chronologie de l'étude.

## **B) Design de l'étude**

L'étude SOPREMA est une étude transversale descriptive déclarative réalisée auprès de 196 MG de Haute Loire, via des questionnaires électroniques.

### **- Critères d'inclusion et de non inclusion**

La population sondée regroupe les MG en activité, thésés, exerçant en secteur libéral en Haute Loire, inscrits au Tableau Départemental de l'Ordre des Médecins et ayant communiqué leur adresse mail au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

Sont exclus de l'étude les MG retraités et/ou exerçant uniquement en secteur hospitalier et/ou secteur institutionnel, non qualifiés ou n'ayant pas d'adresse mail valide.

### **- Méthode d'investigation**

Les 196 MG répondant aux critères d'inclusion ont reçu un questionnaire électronique par mail envoyé par le Président du CDOM de Haute Loire via une mailing-List.

Les réponses anonymes sont colligées par Mme Claire BOYER, investigatrice principale de l'étude et traitées par Mme Céline LAMBERT, biostatisticienne.

## **C) Conception du questionnaire**

### **- Évaluation**

La rédaction du questionnaire s'est faite en plusieurs étapes (ébauche, lecture, relecture, pré test auprès d'une dizaine de MG de Haute Loire, aménagement, relecture et version définitive).

Ce questionnaire porte sur plusieurs domaines:

- les données démographiques, le statut sur l'activité pédiatrique et les formations pédiatriques des MG interrogés;

- les connaissances et l'opinion des MG interrogés sur les SP de maternité;
- la collaboration des MG avec les SF libérales;
- la mise en place d'outils afin de faciliter la prise en charge des nouveau-nés en cas de SP de maternité.

Le questionnaire définitif (ANNEXE A) comprend 24 questions numérotées de 1 à 24 impliquant une réponse chronologique.

Les questions sont regroupées en 3 parties: « Vous » (Partie 1 composée de 4 questions), « Vous et la Pédiatrie » (Partie 2 composée de 4 questions), « Vous et les Sorties Précoces » (Partie 3 composée de 16 questions).

Vingt et une questions ont une seule réponse possible. Trois questions ont des possibles réponses multiples (question N°6, question N°16 et question N°24).

Deux questions requièrent une réponse directe numérique (question N°2 concernant l'âge des médecins généralistes et question N°4 concernant le nombre d'habitants dans la commune d'exercice du médecin généraliste).

Neuf questions sont fermées (oui/non).

Trois questions demandent une réponse graduée en 4 niveaux: la question N° 9 et la question N°10 (Tout à fait, plutôt oui, plutôt non, pas du tout) et la question N°17 (Très souvent, souvent, parfois, jamais).

Enfin, dix questions sont des Questionnaires à Choix Multiples (QCM).

Les médecins interrogés, selon leur réponse, répondent au minimum à 22 questions et au maximum à 24 questions.

## **D) Diffusion du questionnaire et organisation pratique de l'étude**

Initialement, les questionnaires sont envoyés par mail aux 196 MG de Haute Loire via le CDOM de Haute Loire le 18 février 2019.

Plusieurs relances sont effectuées afin de garantir un maximum de participation: une première le 4 mars 2019, une deuxième le 18 mars 2019, une troisième le 8 avril 2019, une quatrième réalisée par téléphone et une cinquième le 6 mai 2019.

Les réponses au questionnaire sont closes le 31 mai 2019 signant la fin de la période de collecte des données.

## **E) Mode de circulation des données**

### **- Recueil et saisie des données**

Le recueil des données est réalisé de manière informatique et automatisé avec le logiciel Google Forms.

Les valeurs des variables sont de type binaire (oui/non), numérique (date de naissance, nombre d'habitants vivant dans la commune d'exercice, durée d'une consultation pédiatrique, pourcentage d'enfants dans la patientèle), sous forme lettrique (sexe, mode d'exercice) ou sous forme d'échelle (ressenti, conviction ou encore habitude des médecins interrogés).

### **- Traitement et analyse statistique des données**

Le traitement des résultats de l'étude, à visée statistique, est réalisé par Mme Céline Lambert, biostatisticienne de la délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHU de Clermont- Ferrand.

Le traitement des données est réalisé le 03 juin 2019.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral



de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne  $\pm$  écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. Les sujets ont été comparés selon le fait d'être intéressés ou non pour faire partie d'un registre, par des tests statistiques usuels: test t de Student ou test de Mann-Whitney (si conditions du t-test non respectées) pour les variables quantitatives, et test du Chi2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk et l'homoscédasticité par le test de Fisher-Snedecor. En situation multivariée, une régression logistique a été mise en œuvre en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique. Les résultats sont exprimés sous forme d'odds ratio et intervalle de confiance à 95%. La comparaison des sujets selon le fait de vouloir être référent ou non a été réalisée selon le même plan d'analyse.

#### **F) Critère de jugement principal**

Il correspond au pourcentage de MG de Haute Loire favorables à réaliser l'examen entre J6 et J10 du nouveau-né, en cas de SP de maternité.

### III) RÉSULTATS

Quatre-vingt médecins ont participé à l'enquête sur les 196 interrogés, soit un taux de réponse de 40,8%.

#### A) Caractéristiques démographiques de l'échantillon

	Total (n=80)
Age (années), moyenne $\pm$ ET	45,55 $\pm$ 11,83
Genre féminin, n (%)	48 (60,00)
Mode d'exercice	
Isolé, n (%)	28 (35,00)
En groupe, n (%)	35 (43,75)
En maison de santé pluridisciplinaire, n (%)	17 (21,25)
Nombre d'habitants des communes d'exercice, médiane [IQR]	3000 [1900 ; 4000]

Tableau VI: Descriptif de l'échantillon.

Le sexe ratio de notre échantillon est égal à 0,66 avec une prédominance féminine (60% des répondants), et une moyenne d'âge de 45,6  $\pm$  11,8 (Tableau VI).

Les médecins ayant un mode d'exercice isolé sont représentés par 1/3 de l'échantillon.

50% des MG exercent dans des communes de moins de 3000 habitants.

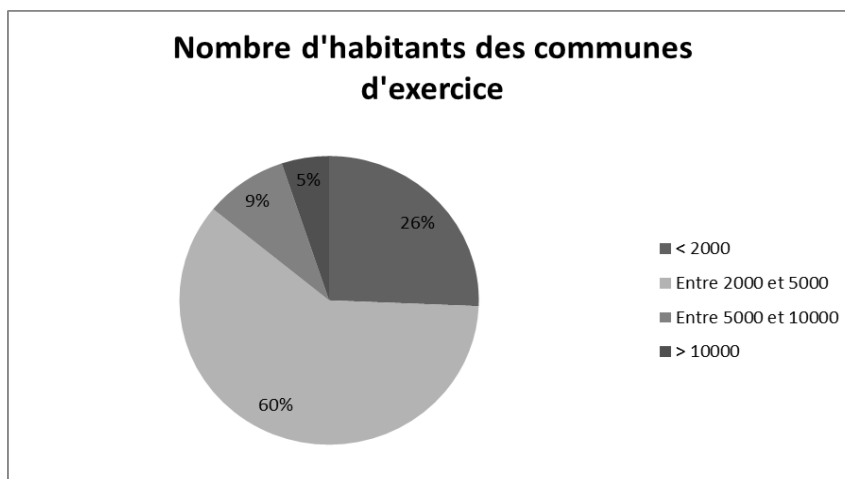


Figure 9: Nombre d'habitants des communes d'exercice des médecins généralistes répondants.

### B) Activité pédiatrique des MG altiligériens

	Total (n=80)
<b>Activité pédiatrique, n (%)</b>	
Moins de 10%	34 (42,50)
Entre 10 et 25%	36 (45,00)
Plus de 25%	10 (12,50)
<b>Expérience des consultations J6-J10, n (%)</b>	34 (42,50)
<b>Durée consultation de suivi pédiatrique, n (%)</b>	
< 20 min	38 (47,50)
> 30 min	42 (52,50)
<b>Formations pédiatriques, n (%)</b>	
Aucune	25 (31,25)
Formations universitaires	8 (10,00)
Formations continues	43 (53,75)
Groupe de pairs	10 (12,50)
Autres	4 (5,00)

Tableau VII: Activité pédiatrique des médecins généralistes altiligériens.

La majorité des MG ont une part pédiatrique de leur activité estimée entre 10 et 25% (n = 36, 45%). Seulement 12,5% des sondés (n = 10) estiment avoir plus de 25% de patientèle pédiatrique, jamais à plus de 50%. Parmi les 80 MG répondants, seuls deux médecins (2,5%) ne font pas de pédiatrie.

Près de 43% (n = 34) des MG déclarent réaliser des consultations pour des nouveau-nés entre le 6ème et 10ème jour de vie.

Les médecins ayant une activité pédiatrique (n = 78) ont des temps de consultation de plus de trente minutes, pour plus de la moitié d'entre eux (n = 42, 53,8%).

Un tiers des médecins (n = 25) n'a participé à aucune formation pédiatrique depuis son installation. Parmi les médecins formés (n = 55), les formations continues (enseignement postuniversitaire, formations DPC) sont les plus représentées (78,2%), suivies par les groupes de pairs (18.2%) et les diplômes universitaires (14.5%). (Figure 10)

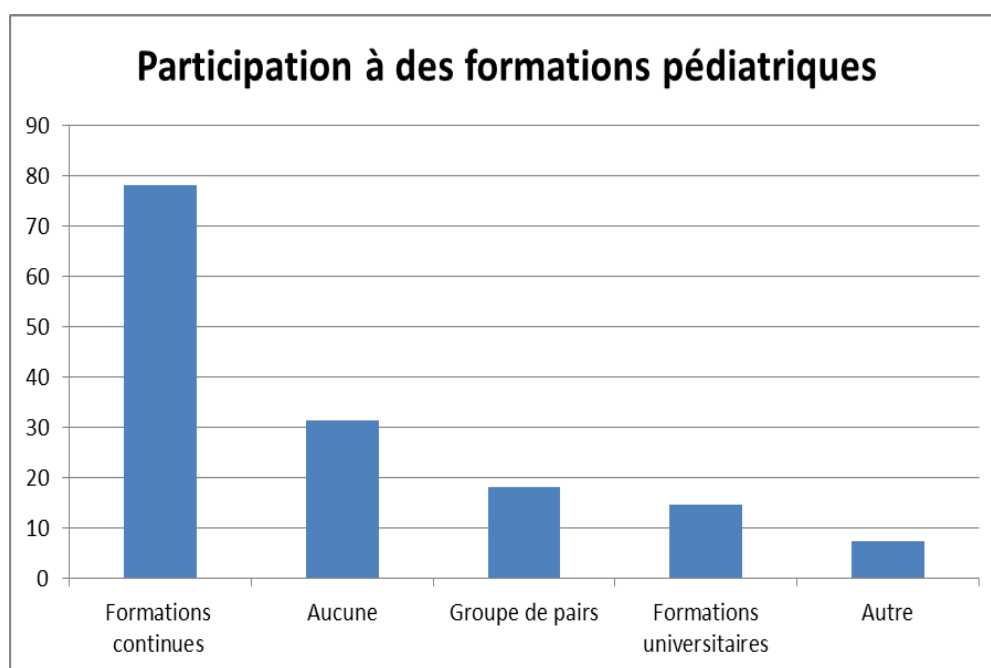


Figure 10: Types de formations pédiatriques auxquelles ont participé les médecins généralistes depuis leur installation.

### C) Intérêt des MG pour les sorties précoces

Soixante-douze pour-cent des MG (n = 57) estiment avoir un délai de consultation compatible afin de fixer un rendez-vous pour le nouveau-né entre J6 et J10.

Près de  $\frac{3}{4}$  des MG (n = 59, 73,8%) se déclarent être intéressés pour réaliser l'examen du nouveau-né entre le 6eme et le 10eme jour de vie dans le cadre des SP; 17,5% des MG (n = 14) ne sont pas du tout intéressés à participer à ce dispositif.

Plus de deux tiers (n = 54, 68,4%) des MG sondés se disent également à l'aise pour réaliser cet examen; 9% (n = 7) estiment ne pas du tout l'être (Figure 11).

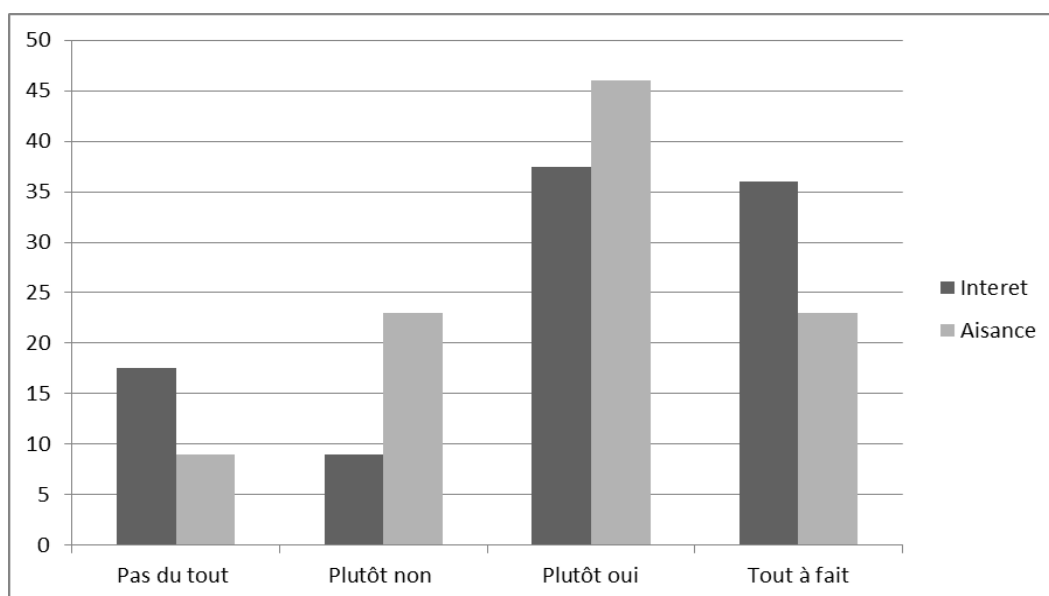


Figure 11: Intérêt et aisance des médecins généralistes à participer à l'examen J6-J10.

Un MG sur 5 (n = 17, 21, 5%) estime que son rôle se limiterait uniquement à réaliser l'examen du nouveau-né entre J6 et J10, en cas de mise en place du dispositif des SP. Les autres (n = 62, 78,5%) considèrent avoir également un rôle: dans la promotion de l'allaitement et la prévention des troubles psychiatriques du post – partum (n = 39, 63%), dans la mise en place de liens avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (n = 30, 48,4%) et dans l'intégration du nouveau-né dans la famille (n = 26, 42%).

<b>Délai de consultation compatible, n (%) n = 79</b>	57 (72,15)
<b>Intéressé pour réaliser l'examen J6-J10, n (%)</b>	<b>n = 80</b>
Pas du tout	14 (17,50)
Plutôt non	7 (8,75)
Plutôt oui	30 (37,50)
Tout à fait	29 (36,25)
<b>Aisance dans l'examen J6-J10, n (%)</b>	<b>n = 79</b>
Pas du tout	7 (8,86)
Plutôt non	18 (22,78)
Plutôt oui	36 (45,57)
Tout à fait	18 (22,78)
<b>Implication du généraliste limité à l'examen, n (%) n= 79</b>	17 (21,52)
<b>Autres rôles du généraliste, n (%)</b>	<b>n= 62</b>
Intégration du bébé	26 (41,94)
Prévention des troubles psychiatriques maternels	39 (62,90)
Mise en place de lien avec la PMI	30 (48,39)
Promotion de l'allaitement	39 (62,90)
Autre	3 (4,84)

Tableau VIII: Intérêt des médecins généralistes pour les sorties précoces.

#### **D) Intérêts et risques des SP pour les MG**

Pour la moitié des MG (n = 39, 50%), le principal intérêt des SP est médico économique en réduisant la durée et les coûts de séjour en maternité. Les autres arguments avancés par les MG sont (tableau IX):

- de démedicaliser et favoriser les soins individualisés pour 21,8% (n = 17),

- de favoriser l'attachement, le lien mère/enfant et la cohésion familiale pour 15,4% (n = 12),
- de développer le lien entre la médecine générale et l'hospitalier pour 9% (n = 7),
- de réduire le risque d'infections nosocomiales pour 3,9% (n = 3).

Le risque principal des SP de maternité affiché par les MG (Figure 12):

- 46,8% (n = 37) estiment un risque médical pour le bébé,
- 40,5% (n = 32) estiment un risque psychique pour la mère,
- 12,6 % (n = 10) estiment un risque médical pour la mère.

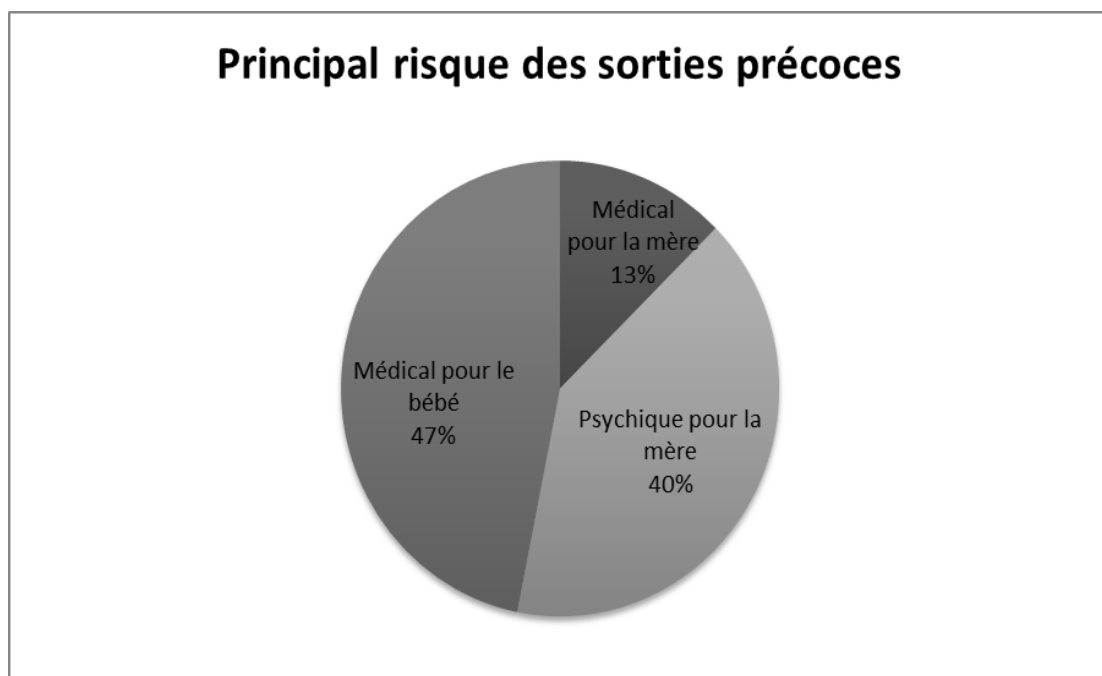


Figure 12: Le principal risque des sorties précoces de maternité, selon les médecins généralistes.

Vingt-six pour cent des MG (n = 21) considèrent que le risque principal médical pour le bébé est un diagnostic tardif d'anomalies congénitales ou héréditaires; 23% (n = 18) un échec

d'allaitement et un risque de ré-hospitalisation; et, 14% (n = 11) un risque d'ictère ou INBP (Figure 13).

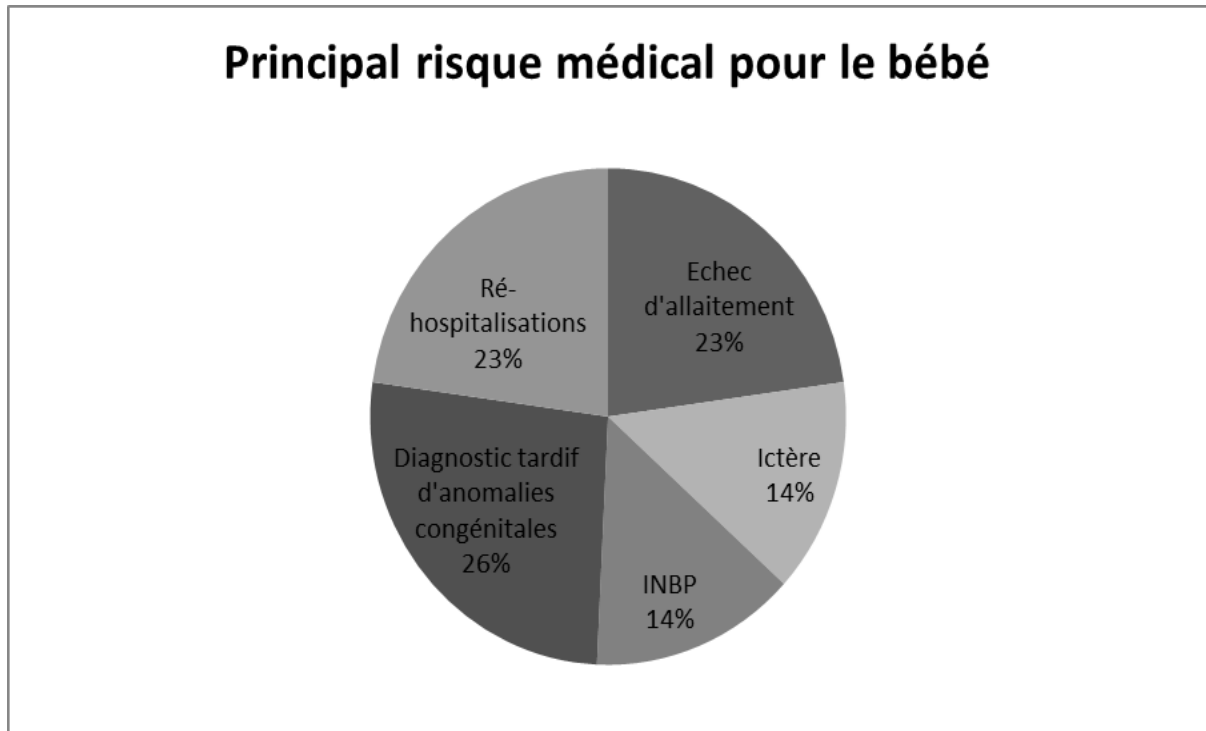


Figure 13: Le principal risque médical pour le bébé en cas de sortie précoce, selon les médecins généralistes.



<b>Principal intérêt des SP, n (%)</b>	n = 78
Favoriser l'attachement	12 (15,38)
Lien MG/Hospitalier	7 (8,97)
Avantages économiques	39 (50,00)
Démédicaliser	17 (21,79)
Réduire risques infections nosocomiales	3 (3,85)
<b>Principal risque des SP, n (%)</b>	n = 79
Médical pour le bébé	37 (46,84)
Médical pour la mère	10 (12,66)
Psychique pour la mère	32 (40,51)
<b>Principal risque médical pour le bébé, n (%)</b>	n = 79
Échec d'allaitement	18 (22,78)
Ictère	11 (13,92)
Infection néonatale	11 (13,92)
Diagnostic tardif d'anomalies congénitales	21 (26,58)
Ré-hospitalisations	18 (22,78)

Tableau IX: Intérêts et risques des sorties précoces pour les médecins généralistes.

### **E) Interaction des MG avec les autres professionnels dans le cadre des sorties précoces**

Soixante-dix pour cent des MG (n = 55) considèrent le rôle des sages-femmes indispensable dans le suivi des nouveau-nés en cas de SP de maternité (Tableau X).

Un MG sur 5 (n = 17; 21,5%) n'a jamais collaboré avec des SF. Les autres MG (n = 62) déclarent collaborer parfois avec les SF libérales dans 58% des cas, souvent dans 25,8% des cas et très souvent dans 16% des cas.

	<b>Total</b>
<b>Collaboration des MG avec les SF, n (%)</b>	n = 79
Jamais	17 (21,52)
Parfois	36 (45,57)
Souvent	16 (20,25)
Très souvent	10 (12,66)
<b>Rôle indispensable des SF dans les SP, selon les MG, n (%) n = 78</b>	<b>55 (70,51)</b>

Tableau X: Les sages-femmes et les médecins généralistes.

Plus de 80% des MG répondants sont favorables à la mise en place d'outils facilitant l'examen et la prise en charge des nouveau-nés en cas de sortie précoce de maternité (Tableau XI).

	<b>Total</b>
<b>Participation à des formations pédiatriques dédiées, n (%) n = 77</b>	65 (84,42)
<b>Mise en place d'une ligne directe de garde, n (%) n = 78</b>	69 (88,46)
<b>Organisation d'une consultation hospitalière d'urgence, n (%) n = 78</b>	69 (88,46)

Tableau XI: Outils mis en place pour promouvoir la participation des médecins généralistes au registre.

La grande majorité des MG (n = 65, 84,4%) souhaite participer à des formations pédiatriques dédiées, réalisées par des pédiatres hospitaliers, en vue de préparer au mieux l'examen médical du nouveau-né entre J6 et J10. De nombreux MG (n = 69, 88,5%) sont favorables à la mise en place d'une ligne directe de garde disponible toute la journée pour joindre un pédiatre hospitalier en cas d'urgence, et considèrent comme indispensable la possibilité d'organiser

une consultation hospitalière d'urgence avec le pédiatre référent, en cas de doute à l'examen clinique (Figure 14).

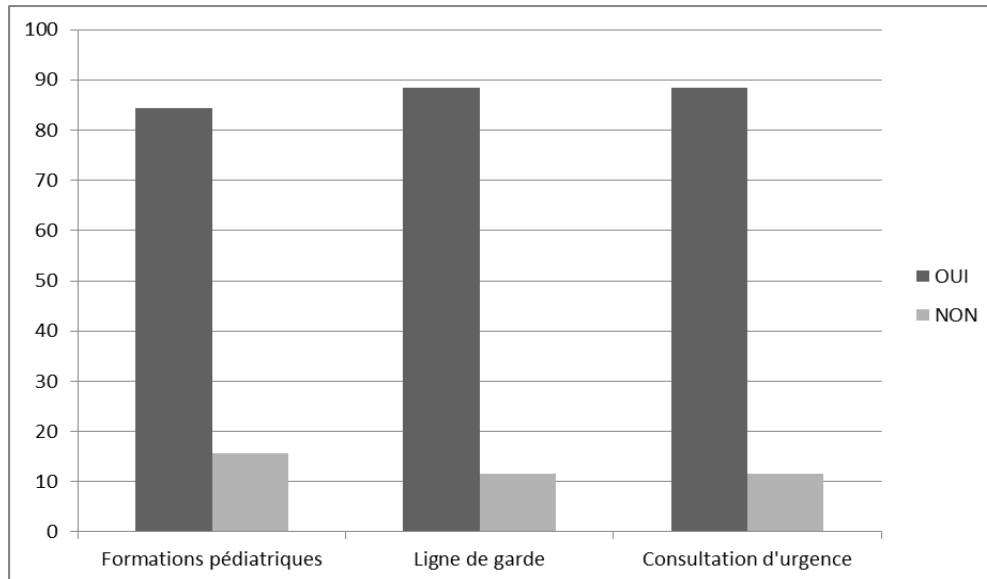


Figure 14: Opinion des médecins généralistes sur les outils mis en place.

#### F) Analyse du critère de jugement principal : participation au registre

Trente-deux des 80 MG répondants (40%, IC 95% [29-52]) sont intéressés pour faire partie d'un registre de MG pouvant être sollicités pour l'examen du nouveau-né entre le 6ème et le 10ème jour de vie, même hors patientèle.

Les caractéristiques et les opinions des médecins selon leur avis concernant la participation au registre des sorties précoces de maternité sont présentées dans le tableau XII.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative dans le fait d'adhérer ou non au registre concernant: l'âge des MG ( $43,7 \pm 12,9$  vs  $46,8 \pm 11$ ;  $p = 0,29$ ), le genre ( $p = 0,93$ ), la durée de consultation pédiatrique ( $p = 0,32$ ), la participation ou non à des formations pédiatriques depuis leur installation: universitaires (15,6% vs 6,3%;  $p = 0,26$ ), continues (59,4% vs 50%;  $p = 0,41$ ), groupe de pair (6,3% vs 16,7%;  $p = 0,30$ ).

Les facteurs favorisant l'adhésion au registre sont: l'exercice en groupe (50% vs 39,6%;  $p = 0,03$ ) ou en MSP (31,3% vs 14,6%;  $p = 0,03$ ), l'expérience antérieure de consultations entre J6-J10 (59,4% vs 31,3%;  $p = 0,01$ ), l'aisance professionnelle avec l'examen des nouveau-nés (45,1% vs 8,3%;  $p = 0,001$ ), l'existence de délai de consultation compatible (90,6 % vs 59,6 %;  $p = 0,003$ ), et la connaissance que leur rôle dans les sorties précoces ne se limitera pas exclusivement à l'examen du nouveau-né entre J6 –J10 (90,6% vs 70,2%;  $p = 0,03$ ) mais s'intégrera dans une prise en charge plus globale du nouveau-né et de sa famille.

Il existe une tendance à adhérer plus facilement au registre dans les plus grosses communes (3100 [2900 ; 4200] vs 2800 [1400 ; 4000];  $p = 0,07$ ), si l'activité pédiatrique du MG est de plus de 25% (21,9% vs 6,3%;  $p = 0,12$ ), et si on considère le rôle des SF comme non indispensable dans le dispositif des SP (40,6% vs 21,7%;  $p = 0,07$ ).

	Intéressés par le registre (n = 32)	Non intéressés par le registre (n= 48)	P-value
<b>Age</b> (années), moyenne $\pm$ ET	43,74 $\pm$ 12,93	46,80 $\pm$ 10,99	p = 0,29
<b>Genre féminin</b> , n (%)	19 (59,38)	29 (60,42)	p = 0,93
<b>Mode d'exercice</b>			
Isolé	6 (18,75)	<b>22 (45,83)</b>	<b>p = 0,03</b>
En groupe	16 (50,00)	19 (39,58)	
En maison de santé pluridisciplinaire	<b>10 (31,25)</b>	7 (14,58)	
<b>Habitants</b> , médiane [IQR]	3100 [2900;4200]	2800 [1400;4000]	p = 0,07
<b>Durée consultation de suivi pédiatrique</b> , n (%)			
< 20 min	13 (40,63)	25 (52,08)	p = 0,32
> 30 min	19 (59,38)	23 (47,92)	
<b>Formations pédiatriques</b> , n (%)			
Aucune	7 (21,88)	18 (37,50)	p = 0,14
Formations universitaires	5 (15,63)	3 (6,25)	p = 0,26
Formations continues	19 (59,38)	24 (50)	p = 0,41
Groupe de pairs	2 (6,25)	8 (16,67)	p = 0,30
<b>Activité pédiatrique</b> , n (%)			
< 10 %	11 (34,38)	23 (47,92)	p = 0,12
entre 10 et 25 %	14 (43,75)	22 (45,83)	
> 25%	7 (21,88)	3 (6,25)	
<b>Expérience des consultations J6-J10</b> , n (%)	19 (59,38)	15 (31,25)	<b>p = 0,01</b>
<b>Intéressé à réaliser l'examen J6-J10 (tout à fait)</b> , n (%)	21 (65,63)	8 (16,67)	<b>p = 0,001</b>
<b>Aisance dans l'examen J6-J10 (tout à fait)</b> , n (%)	<b>14 (45,16)</b>	<b>4 (8,33)</b>	<b>p = 0,001</b>
<b>Délai de consultation compatible</b> , n (%)	<b>29 (90,63)</b>	<b>28 (59,57)</b>	<b>p = 0,003</b>
Implication du généraliste non limitée à l'examen, n (%)	29 (90,63)	33 (70,21)	<b>p = 0,03</b>
Collaboration des MG avec les SF (très souvent), n (%)	3 (9,38)	7 (14,89)	p = 0,76
Rôle non indispensable des SF dans les SP, selon les MG, n (%)	13 (40,63)	10 (21,74)	p = 0,07
Participation à des formations pédiatriques, n (%)	29 (93,55)	36 (78,26)	p = 0,11
Mise en place d'une ligne directe de garde, n (%)	30 (93,75)	39 (84,78)	p = 0,30
Organisation d'une consultation hospitalière d'urgence, n (%)	29 (90,63)	40 (86,96)	p = 0,73
<b>Référents libéraux de secteur</b> , n (%)	18 (56,25)	9 (19,57)	<b>p = 0,001</b>

Tableau XII: Comparatif des caractéristiques des deux groupes de médecins généralistes selon leur opinion au sujet de l'objectif principal.

Cinquante-six pour cent (n = 18) des MG intéressés pour faire partie du registre, sont également intéressés pour être référents libéraux de secteur en cas de mise en place des SP de maternité sur notre territoire (Tableau XIII).

Les facteurs facilitant l'adhésion des MG pour être référent libéral de secteur sont: l'âge (40,7  $\pm$  11,5 vs 48  $\pm$  11,4; p = 0,01), le mode d'exercice en groupe (81,5% vs 58,8%; p = 0,04),

l'activité pédiatrique importante ( $p = 0,01$ ), l'expérience antérieure de consultation entre J6-J10 (66,7% vs 31,4%;  $p = 0,003$ ), la participation à des formations pédiatriques (100% vs 76%;  $p = 0,006$ ).

	Intéressés par être référent (n = 27)	Non intéressés par être référent (n= 51)	p-value
Age (années), moyenne $\pm$ ET	<b>40,70 <math>\pm</math> 11,50</b>	<b>48 <math>\pm</math> 11,35</b>	<b>p = 0,01</b>
Genre féminin, n (%)	19 (70,37)	28 (54,90)	p = 0,18
<b>Mode d'exercice</b>			
Isolé	5 (18,52)	21 (41,18)	<b>p = 0,04</b>
En groupe (MSP et cabinet de groupe)	22 (81,48)	30 (58,82)	
Activité pédiatrique, n (%)			
< 5%	0 (0,00)	8 (15,69)	<b>p = 0,01</b>
entre 5 et 10 %	7 (25,93)	18 (35,29)	
entre 10 et 25 %	13 (48,15)	22 (43,14)	
entre 25 et 50 %	7 (25,93)	3 (5,88)	
<b>Expérience des consultations J6-J10, n (%)</b>	<b>18 (66,67)</b>	<b>16 (31,37)</b>	<b>p = 0,003</b>
<b>Intéressé dans l'examen J6-J10 (tout à fait), n (%)</b>	<b>19 (70,37)</b>	<b>10 (19,61)</b>	<b>p &lt; 0,001</b>
Aisance dans l'examen J6-J10 (tout à fait), n (%)	10 (37,04)	8 (16,00)	p = 0,048
Délai de consultation compatible, n (%)	24 (88,89)	32 (62,75)	p = 0,02
<b>Participation à des formations pédiatriques, n (%), n = 76</b>	<b>26 (100)</b>	<b>38 (76,00)</b>	<b>p = 0,006</b>
Mise en place d'une ligne directe de garde, n (%), n = 77	25 (92,59)	43 (86,00)	p = 0,48
Organisation d'une consultation hospitalière d'urgence, n (%), n= 77	25 (92,59)	43 (86,00)	p = 0,48

Tableau XIII: Comparatif des caractéristiques des deux groupes de médecins généralistes selon leur opinion au sujet d'être référent libéral de secteur.

### G) Les facteurs limitant pour les MG à participer au registre

Pour 65% (n = 30) des MG, le manque de disponibilité est le facteur limitant principal pour participer à ce registre. Le manque de matériel (bilirubinomètre, pèse bébé,) est un facteur limitant pour 41,3% (n = 19) d'entre eux; suivi du manque d'expérience pédiatrique (n = 14, 30,4%), puis du manque de formation (n = 12, 26%); et, enfin la peur des responsabilités (n = 7, 15,2%) et le manque d'intérêt pour leur pratique professionnelle (n = 5, 10,87%) (Figure 15).

Sur les 6,5% (n = 3) des MG ayant répondu « autres », aucun argument n'a montré d'intérêt particulier pour être précisé.

Sur les 48 MG non intéressés à participer à ce registre, deux d'entre eux n'ont pas répondu aux facteurs limitant leur participation.

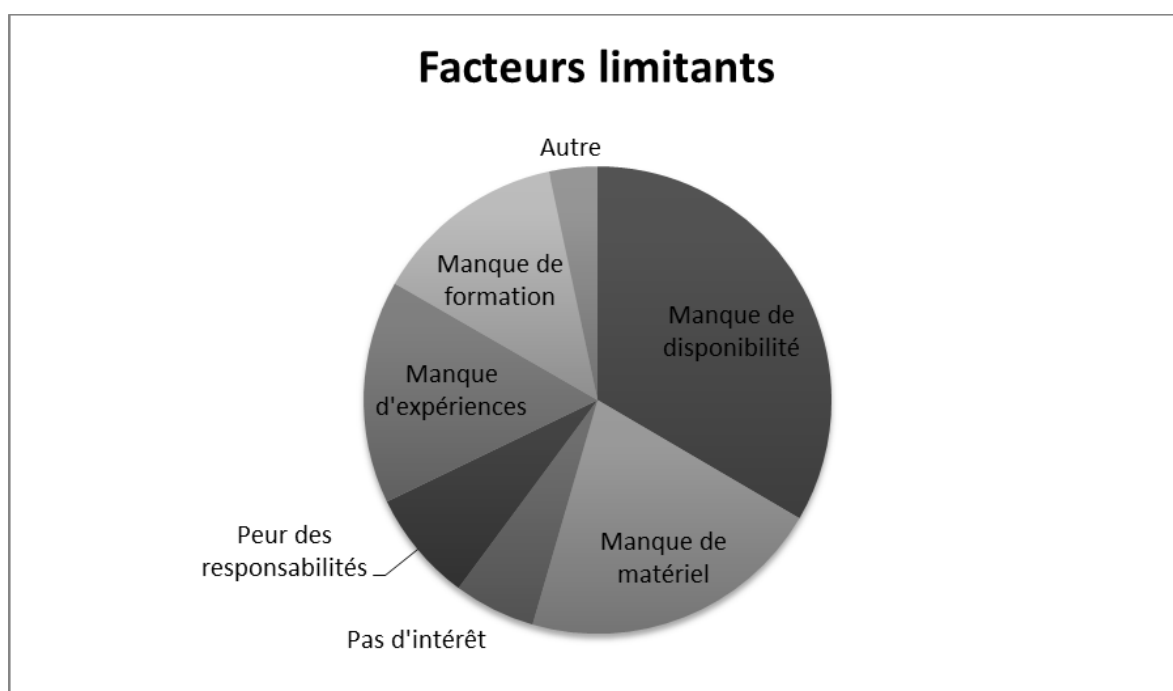


Figure 15: Facteurs limitant les médecins généralistes à participer au registre

## H) Analyses multivariées

<b>Participation au registre</b>	Odds Ratio	Std.Err	z	p	[95% Conf. Interval]
<b>Exercice en groupe</b>	9,542078	8,134484	2,65	0,008	1,794758 50,73177
<b>Délai de consultation compatible</b>	8,233029	7,453776	2,33	0,020	1,396124 48,55068
<b>Aisance dans l'examen J6-J10 (Plutôt oui)</b>	1,384571	1,026738	0,44	0,661	0,3236689 5,922834
<b>Aisance dans l'examen J6-J10 (Tout à fait)</b>	19,02768	18,8662	2,97	0,003	2,725259 132,8507

Tableau XIV: Analyse multivariée concernant la participation des médecins généralistes au registre.

Trois paramètres semblent associés pour que les MG altiligériens soient intéressés pour participer au dispositif des SP: le fait d'exercer en groupe (OR: 9,54; IC 95% [1,8-50,7]; p = 0,008), d'avoir des délais de consultation compatibles (OR: 8,2; IC 95% [1,4-48,6]; p = 0,020), et d'être tout à fait à l'aise dans l'examen J6-J10 (OR: 19,02; IC 95% [2,7-132,9]; p = 0,003).



<b>Référent libéral de secteur</b>	Odds Ratio	Std.Err	z	p	[95% Conf. Interval]
<b>Exercice en groupe (MSP, Maison pluridisciplinaire)</b>	1,836836	1,1731	0,95	0,341	0,5253499 6,422326
<b>Activité pédiatrique entre 10 et 25%</b>	1,732833	1,027511	0,93	0,354	0,5420296 5,539753
<b>Activité pédiatrique &gt; 25%</b>	6,206129	5,389726	2,10	0,036	1,13134 34,04463
<b>Participation formations pédiatriques</b>	1,160822	0,6759523	0,26	0,798	0,3707721 3,634331

Tableau XV: Analyse multivariée concernant la participation à être référent libéral de secteur.

Le seul paramètre statistiquement significatif pour être référent libéral de secteur est d'avoir une activité pédiatrique supérieure à 25 % (OR: 6,20; IC 95% [1,1-34,0]; p = 0,036).

#### **IV) DISCUSSION**

Notre étude met en évidence un partage de l'opinion des MG de Haute-Loire concernant leur intérêt à faire partie du registre avec un taux faible de médecins favorables à 40%. Une étude par auto-questionnaire, menée d'avril 2016 à Mars 2017 dans la région de Fougère (en Bretagne) a montré que 75% des MG se disaient favorables à l'examen du nouveau-né dans les 24 heures après la SP [29]. Dans cette étude, un biais de sélection existe: le nombre de MG interrogés est faible (n = 54; taux de réponse = 59%). Un conflit d'intérêt sous-jacent avec les SF ne peut être écarté en opposition avec les dernières recommandations de l'HAS de 2014, qui préconisent que l'examen du nouveau-né dans les 24 heures après la SP de maternité soit réalisé par la SF libérale. Notre étude concerne l'examen du nouveau-né entre J6-J10 par les MG n'incombant nullement aux SF. Les résultats bretons, bien que plus significatifs, doivent donc être discutés de façon mesurée, ne reflétant pas les actuelles recommandations [4].

- **Caractéristiques démographiques.**

Au 1er janvier 2018, et en ne tenant compte que des MG libéraux exerçant leur activité principale en pratique de ville, le département de la Haute-Loire dénombre 183 MG libéraux répartis sur 64 communes, soit un taux d'encadrement de 24,8%. Au total, 72,1% de la population du département bénéficie de la présence d'au moins un MG sur le territoire de sa commune de résidence [30].

Ces MG libéraux sont à l'origine de la définition de 50 bassins d'activité et/ou territoires de santé. Chaque bassin comptant en moyenne: 4 MG, 5 communes, 4 508 habitants, soit 1 238 habitants pour un médecin généraliste. 60% des MG ayant répondu à notre questionnaire exercent dans des communes avec un nombre d'habitants compris entre 2000 et 5000, la moyenne étant de 4000 habitants. Ce qui est bien représentatif des territoires de santé décrits par les données démographiques. Pour permettre un accès aux soins réparti de façon

équivalente sur tout notre territoire et assurer un suivi de qualité à tous les nouveau-nés sortis précocement de maternité, il serait intéressant, en partenariat avec la CPAM, de réaliser un maillage / une cartographie des MG intéressés (40%, n = 32) pour participer au registre afin de couvrir tous les bassins d'activité. En cas de SP de maternité, il faut bien évidemment tenir compte des conditions d'accessibilité et d'éloignement des nouveau-nés et de leur maman; en sachant qu'actuellement en Haute-Loire, 76% de la population se situe à moins de 5 minutes du MG libéral et qu'il n'est enregistré aucune commune dont la population est située à plus de 20 minutes d'un MG [30].

En Haute-Loire, l'exercice en cabinet individuel est le mode d'exercice privilégié par plus de 37% des MG libéraux (soit 2 praticiens sur 5). Mais il ne s'agit pas d'un mode d'exercice dominant, sachant que l'exercice en cabinet de groupe concerne 33% des MG. Ces deux modes d'exercice représentent 70% de l'ensemble, en avril 2018. Notre étude, est concordante avec ces données: 35% des MG sondés exercent de manière isolée et 43% en groupe.

L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est très peu représenté en Haute-Loire: en avril 2018 seulement 1,6% des MG exercent de la sorte. Dans notre étude, 21% des MG sondés exercent pourtant en MSP. Cela peut facilement s'expliquer par la recrudescence au cours de cette dernière année du nombre de création de MSP sur notre territoire. Celles-ci ont pour but d'attirer de jeunes MG thésés, de leur donner envie de s'installer dans des zones déficitaires et d'essayer de pallier la baisse de la démographie médicale sur le département. Une grande majorité des MG intéressés pour participer au dispositif de SP de maternité exercent soit en groupe (50% vs 39,6%; p = 0,03), soit en MSP (31.2% vs 14.6%; p = 0.03). Les MG exerçant de manière isolée sont plus réfractaires à participer à ce dispositif (18,7% vs 45,8%; p= 0,03). Le fait d'avoir une activité en groupe et/ou en MSP est probablement plus rassurante pour les MG. Il est plus facile d'étendre nos pratiques professionnelles, en fonction

de nos envies, lorsqu'on est plusieurs à exercer dans un même cabinet. Aujourd'hui, les jeunes MG ayant pour projet de s'installer, ont tendance à préférer un exercice groupé, plutôt que de se retrouver isolés dans un cabinet, sans confrères ni personnels paramédicaux pour les accompagner. Ces MG, fraîchement arrivés en Haute-Loire et installés en MSP ou cabinet de groupe, pourraient être également plus intéressés pour s'inscrire et participer au registre, par la suite (OR: 9,54; IC 95% [1,8-50,7]; p = 0,008). Le but est d'arriver à assurer la pérennité de ce dispositif, sans avoir de craintes que le départ en retraite de certains MG puisse le mettre en danger. Même si dans notre étude, il n'existe pas de différences statistiquement significatives d'âge (43,7+/- 12,9 vs 46,8+/- 11; p = 0,29). Les MG plus âgés et donc plus expérimentés ne sont pas plus intéressés que les jeunes MG récemment installés, à participer à ce dispositif; et inversement.

- **Activité pédiatrique des MG.**

Pour les MG sondés, le fait d'avoir déjà bénéficié de formations pédiatriques depuis leur installation n'est pas considéré comme un facteur favorisant à leur participation au registre. Soixante-neuf pour cent (n= 55) d'entre eux ont participé à des formations depuis leur installation (formations continues, universitaires, groupes de pair). En Haute-Loire, les formations proposées aux MG pendant leur exercice sont essentiellement des formations continues. Les thèmes sont ciblés, adaptés à l'ensemble des MG, mais sont choisis principalement par le CDOM; ce qui peut expliquer le faible de taux de participation des MG à ces formations. Les MG altiligériens ne se sentent pas forcément concernés par les sujets proposés; les horaires et les dates choisis ne prennent pas non plus en compte les disponibilités des MG. Il faudrait arriver à mettre en place des formations ciblant davantage les désirs de chacun, utiles à leur pratique professionnelle quotidienne, en essayant de tenir compte de leurs disponibilités. Le but est d'augmenter leur taux de participation et de donner

envie aux MG n'ayant jamais fait de formation, notamment pédiatrique, d'y participer; et particulièrement aux trente et un pour cent (n=25) des MG de notre étude.

- **Intérêts des MG pour les SP.**

Soixante-dix-neuf pour cent des MG interrogés (n= 62) estiment que leur rôle ne se limite pas uniquement à réaliser l'examen du nouveau-né entre J6 et J10, en cas de mise en place du dispositif des SP. Une majorité des MG altiligériens sondés considèrent avoir un rôle plus important à jouer dans ce dispositif. Ils s'inscrivent dans une prise en charge plus globale du nouveau-né: médicale, sociale, environnementale et psychologique. Ils ont un rôle à jouer dans la promotion de l'allaitement maternel et dans la prévention des troubles psychiatriques maternels du post-partum. Ils participent à la mise en place du lien avec le centre de protection maternelle et infantile et à l'intégration du nouveau-né dans la famille. Ils font donc partie intégrante du parcours de soin. Les couples mère/bébé peuvent actuellement avoir tendance à « délaissier » leur MG après la sortie de maternité. Ils peuvent préférer consulter un spécialiste pour les examens de suivi du bébé et de la maman, mais également pour les « urgences » médicales. Beaucoup de mères appellent leur MG si elles n'ont pas pu avoir de rendez-vous avec leur pédiatre libéral ou hospitalier.

Est-ce par manque de confiance en leur MG ? Par peur que leur MG soit moins compétent que leur spécialiste ? Assiste-t-on à une remise en question du rôle du MG dans la prise en charge du couple mère/bébé ? Ou tout simplement, est-ce par manque d'implication des MG dans le suivi du post-partum ?

L'intérêt d'inclure les MG dans l'examen des nouveau-nés en cas de SP est donc double:

- D'une part, retrouver leur rôle de médecin de famille à part entière. En effet, les MG seraient amenés à recevoir en consultation un plus grand nombre de nouveau-nés et à être confrontés à des situations qu'ils maîtrisent moins, par manque

d'habitude. Cela les obligerait à sortir de leur zone de confort. Ils auraient plus envie d'être impliqués et donc de participer à des formations. Les MG se sentiraient plus à l'aise avec l'examen du nouveau-né et, les mamans plus en confiance avec leur médecin traitant, le consulterait plus facilement à la sortie de maternité.

- D'autre part, retrouver leur rôle de premier recours. En cas de problèmes avec le nouveau-né et/ou la maman, les MG seraient sollicités en première intention et non plus le spécialiste.

- **Interactions des MG avec les autres professionnels de santé.**

Notre étude montre que les MG de Haute-Loire collaborent parfois avec les SF (n = 36, 45,6%); pour autant, ils sont tous à fait conscients (n = 55, 70,5%) que celles-ci ont également un rôle primordial dans le suivi des nouveau-nés en cas de SP. Les SF de la métropole Lilloise ont été interrogées sur leur représentation de la coordination des soins à la sortie de la maternité, et notamment en cas de SP de maternité [31]; un manque de contact et un manque de communication entre les SF Lilloises et les MG Lillois sont ressortis de cette étude. Les SF évoquent une crainte des MG de perdre leur patientèle à l'origine d'une certaine rivalité entre ces deux acteurs de soins et donc d'un réel frein à leur collaboration. Au contraire, les pédiatres et les gynécologues de la maternité de Jeanne Flandre interrogés sur le même sujet, pensent qu'il existe une bonne coordination entre les MG et les SF libérales [32].

En Haute-Loire, 25 SF exercent en libéral, la moitié d'entre elles ont également une activité à mi-temps à la maternité du CHER. Elles sont réparties sur tout le département, de manière plutôt homogène. Cela permet de couvrir une grande majorité des soins et du suivi du couple mère/enfant. Il est évidemment indispensable de prendre en compte les compétences, le savoir et le savoir-faire de ces SF, et de mettre en place une véritable alliance thérapeutique avec les

MG intéressés pour faire partie du dispositif de SP de maternité. Sachant qu'actuellement, un médecin sur cinq n'a jamais collaboré avec une SF, en Haute-Loire. Un vrai travail de collaboration et de communication semble donc nécessaire entre les MG et les SF altiligériennes pour aboutir à une réussite de ce dispositif et assurer sa pérennité. Ils doivent prendre conscience des compétences et des limites de chacun. Pour cela, il serait intéressant de réaliser des formations mixtes, regroupant les SF libérales et les MG altiligériens. Cela permettrait un réel contact entre ces deux acteurs de soins et des échanges professionnels de qualité. Un questionnaire dédié aux SF libérales de Haute-Loire aurait également pu être réalisé pour déterminer leur ressenti sur le dispositif de SP de maternité en Haute-Loire et sur leur relation avec les MG.

Pour l'année 2018, le nombre de naissances recensées à la maternité du CHER est de 1103. Les SF de Haute-Loire prennent en charge environ 50% de nouveau-nés par an. Actuellement, le taux d'adhésion au PRADO en Haute-Loire est de 100%. Si le dispositif de SP était mis en place, cela n'engendrerait pas de charge de travail supplémentaire pour les SF libérales. Le nombre de nouveau-nés à prendre en charge par an, et par SF, resterait identique. En cas de SP, les SF libérales de Haute-Loire devraient surtout modifier leurs habitudes dans la prise en charge et le suivi du nouveau-né et de la maman.

Les pédiatres libéraux et communautaires ont toute leur place dans la prise en charge du nouveau-né en cas de SP de maternité: leurs compétences sont indispensables non seulement sur le plan médical, mais aussi psychologique et social [33; 34].

En Île-de-France, une étude transversale, anonyme, a été réalisée du 3 au 7 mai 2004 pour déterminer la possibilité et le délai pour une mère et son nouveau-né, de consulter un pédiatre après une SP de maternité [27]. Sur 99 cabinets de pédiatrie libérale contactés, 89% (soit n = 89) donnaient un rendez-vous; le délai moyen d'attente était de 4,4 jours. Cette étude a mis en évidence que les pédiatres libéraux ont la capacité de prendre en charge rapidement un

nouveau-né en cas de SP de maternité. Les pédiatres libéraux sont donc impliqués et disponibles pour suivre les nouveau-nés en cas de SP de maternité. Néanmoins, ces résultats concernent une région de forte densité pédiatrique et sont obtenus durant une période de l'année a priori des plus favorables à la gestion facile des rendez-vous (hors épidémie hivernale). Ils ne peuvent pas être généralisés en Haute-Loire, où on compte actuellement un seul pédiatre libéral pour tout le département. Au cours de la dernière décennie, la démographie de pédiatre libéral en Haute-Loire a toujours été faible: il n'y a jamais eu plus de trois pédiatres libéraux installés sur notre territoire. Les MG altiligériens doivent donc être impliqués dans le dispositif de SP de maternité et faire partie intégrante du parcours de soin.

- **Intérêts et risques des SP.**

Dans les MG intéressés pour faire partie de ce registre, 56% (n=18) des MG sont également favorables pour être référents libéraux de secteur. Ils seront responsables d'un territoire de santé donné, en fonction de leur commune d'exercice. Une liste complète et détaillée de ces médecins référents sera présente à la maternité. Elle sera bien évidemment différente de celle des MG intéressés à participer au registre. En effet, en cas d'impossibilité et/ou refus du médecin traitant de réaliser l'examen à J6-J10 du nouveau-né en cas de SP, ces médecins référents seront alors sollicités et proposés aux couples et à leur nouveau-né. Le choix de ce médecin référent prendra en compte le lieu d'habitation des patients et il sera indispensable de choisir le médecin le plus proche et le plus facile d'accès pour eux.

Pour que ce dispositif marche, il est nécessaire que le suivi post maternité soit structuré. Son but est de diminuer le stress parental, favoriser l'allaitement, prévenir les difficultés d'alimentation et limiter les ré-hospitalisations néonatales précoces. Il est donc nécessaire de se méfier des difficultés de déplacement pour des raisons socio-économiques ou d'éloignement qui pourraient limiter l'efficacité de ce suivi. En prenant en compte la démographie médicale actuelle en Haute-Loire, il faudrait que la répartition de ces MG



référents soit la plus homogène possible sur tout le département. Cela éviterait de créer des zones déficitaires, favoriserait un accès à des soins plus rapides, diminuerait les consultations anarchiques du nouveau-né à l'hôpital, et réduirait donc considérablement les risques d'échec des SP en Haute-Loire, notamment par incoordination des professionnels et défaut de premier recours.

La totalité des médecins voulant être référent libéral de secteur sont intéressés pour participer aux formations pédiatriques proposées par les pédiatres hospitaliers. Une fois formés, ces médecins référents pourront à leur tour encadrer et coordonner ces formations. Cela permettra peut-être de toucher et d'intéresser un plus grand nombre de MG et d'augmenter le taux de participation à ces formations. Étant répartis sur un territoire de santé donné, ils auront également un rôle à jouer dans la promotion des interactions avec les SF libérales de leur secteur.

Selon l'expérience ariégeoise, il est démontré une sécurité et une qualité d'encadrement équivalente à l'hospitalisation classique si un suivi de bonne qualité a été initialement mis en place [35]. Le taux d'hospitalisation néonatale précoce en secteur hospitalier s'est avéré comparable entre la maternité de Stockholm réalisant les SP et celle de Marseille où les sorties s'effectuent au-delà du troisième jour après la naissance (5,6% vs 7,0%) [36]. Une organisation structurée des soins périnataux associée à une sortie individualisée et adaptée à l'état de santé de la mère et de l'enfant a pu limiter les hospitalisations néonatales malgré une sortie précoce de maternité.

Les MG sondés estiment que le principal risque des SP pour le bébé est un diagnostic tardif des anomalies congénitales (26%, n = 21). Seulement 14% (n = 11) d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un risque d'ictère. Néanmoins, plusieurs études ont démontré, que le principal risque auquel le nouveau-né est confronté en cas de SP de maternité, est l'ictère [36; 37]. Il est donc indispensable que les MG altiligériens soient formés au préalable par des

pédiatres, pour connaître et savoir faire face à ces risques, et notamment savoir diagnostiquer et prendre en charge un ictere du nouveau-né.

La quasi-totalité des MG ayant répondu au questionnaire, y compris ceux non intéressés pour participer au registre, souhaitent que des formations pédiatriques soient réalisées. Celles-ci seront réalisées par des pédiatres hospitaliers en vue de préparer au mieux l'examen médical entre le 6ème et le 10ème jour de vie du nouveau-né. Tous les MG pourront y participer: ceux intéressés pour participer au registre et ceux non intéressés. Le fait de participer à ces formations, pourra peut-être donner envie aux MG non intéressés par le registre d'y adhérer par la suite. L'objectif principal de ces formations est de former les MG algériens à l'examen d'un nouveau-né au cours du premier mois de vie, et notamment entre J6-J10. Les principaux éléments de cet examen sont de dépister:

- Un ictere (risque principal de ré-hospitalisation du nouveau-né en cas de SP),
- Des pathologies malformatives ou néonatales non dépistées à la maternité,
- Des troubles digestifs,
- Des difficultés d'allaitement ou de prise de poids,
- Une infection,
- Une gêne respiratoire,
- Des troubles du lien et de l'attachement mère-enfant.

Ces formations sont également nécessaires pour améliorer la prévention et tendre à diminuer le recours systématique à l'hôpital. Enfin, elles permettront de rassurer et/ou de reconforter les MG dans leur pratique professionnelle. Ce premier échange est une rencontre déterminante entre le médecin et la famille de cet enfant; de la qualité de celui-ci dépend la relation future de cette triade enfant-parents-médecin généraliste dans la prise en charge d'un nouveau-né.

En cas d'urgence, le fait d'avoir accès à une ligne directe de garde disponible toute la journée et de pouvoir joindre un pédiatre hospitalier est également un facteur favorisant pour que les MG adhèrent au registre, tout comme le fait de pouvoir organiser une consultation hospitalière d'urgence avec le pédiatre référent. Ces outils sont donc indispensables: il sera primordial de les instaurer en amont, avant même que le dispositif de SP soit mis en place à la maternité du CHER, pour pouvoir espérer une adhésion maximale des MG de Haute-Loire, et, pour optimiser au maximum la prise en charge du nouveau-né.

- **Les facteurs limitant pour participer au registre.**

Les MG non intéressés pour faire partie de ce registre ont énoncé plusieurs facteurs limitant à leur participation.

Pour les MG de Nord-Pas-de-Calais, un manque de temps pour se former au dépistage des pathologies graves du nouveau-né et aux problèmes d'allaitement ressort au premier plan comme facteur limitant [38]. En Haute-Loire, le principal facteur est un manque de disponibilité (n = 30, 65%); en effet, les MG ont des patientèles déjà importantes (1MG pour 1238 habitants) avec de nombreuses responsabilités et des délais de consultation pouvant aller jusqu'à plusieurs jours pour la plupart d'entre eux. Il est évident que leur participation au dispositif de SP va créer une charge de travail supplémentaire et des modalités d'organisation bien spécifiques. Pour l'instant, la CPAM n'a pas prévu de cotation spécifique et de tarification dédiée à l'examen du nouveau-né entre J6-J10 par les MG. Une valorisation financière pourrait promouvoir cette consultation auprès des MG et compenser la charge de travail supplémentaire. En attendant qu'une cotation spécifique soit mise en place, serait-il possible que les MG de Haute-Loire cotent deux consultations standards ? Une consultation de spécialiste en médecine générale «GS » pour la maman de 25 euros et une consultation de spécialiste en médecine générale plus une majoration enfants de 0 à 6 ans «GS+MEG » pour le nouveau-né de 30 euros: la consultation reviendrait alors à 55 euros. Cela pourrait

également éviter que les MG se sentent dévalorisés par rapport à leur confrère spécialiste; un pédiatre libéral touchant une rémunération de 46 euros pour réaliser le même travail.

Un manque de matériel (n = 19, 41%) ressort aussi comme facteur limitant. Selon les dernières recommandations de bonnes pratiques cliniques du dépistage et du suivi de l'ictère de 2017, une SP de maternité est possible si la BTS ou Btc est inférieure au 40ème percentile, et en tenant compte des caractéristiques de l'enfant (âge gestationnel, facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère et âge postnatal) et des valeurs de la bilirubinémie du nomogramme de Buthani [12]. De ce fait, l'achat d'un bilirubinomètre n'est pas nécessaire aux MG altiligériens intéressés pour participer au registre, ni aux sages-femmes libérales. Ce risque devra être anticipé en amont à la maternité. Il en est de même pour l'oxymétrie de pouls: aucune mesure n'est encore standardisée en France dans le dépistage des cardiopathies congénitales, sans aborder le problème des consommables spécifiques aux nouveau-nés; les MG n'ont donc pas besoin d'en posséder un dans leur cabinet. Tous les MG installés sont déjà équipés d'un pèse-bébé et pour la plupart d'un stéthoscope pédiatrique: seuls ces deux éléments sont indispensables à avoir pour l'examen du nouveau-né entre J6-J10. Cela ne nécessite donc pas de frais supplémentaires pour parfaire leur équipement. Aucune aide financière ou matérielle n'est prévue actuellement par la CPAM.

Au second plan, il ressort un manque d'expérience pédiatrique (n = 14, 30%) et un manque de formation (n = 12, 26%). Si le dispositif de SP est mené à son terme en Haute-Loire, ces deux facteurs limitants peuvent être palliés par les formations pédiatriques mises en place par les pédiatres hospitaliers. Certains MG sondés (n = 7, 15%) ont également peur des responsabilités que cela représente. Enfin, 10% (n = 5) d'entre eux n'y voient tout simplement aucun intérêt pour leur pratique professionnelle.

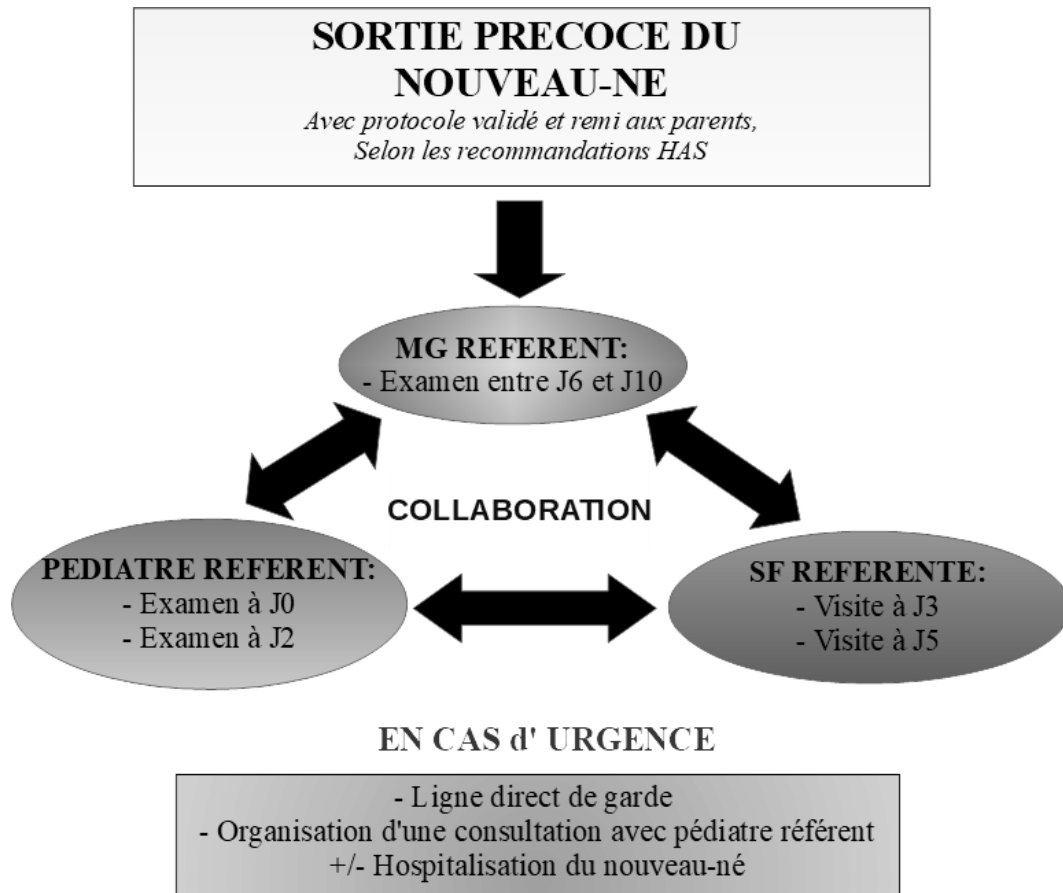


Figure 16: Flow Chart des sorties précoces de maternité

- **Les limites de l'étude.**

Les limites de notre étude sont inhérentes à son caractère déclaratif. Concernant sa représentativité, notre échantillon de volontaires est globalement comparable à la population visée, sauf concernant le sexe ratio: 39,6% des médecins généralistes de Haute-Loire sont de sexe féminin, alors que notre échantillon est composé à 60% de femmes. La moyenne d'âge de notre échantillon est de 45,5 ans (+/- 11,8), proche de l'âge moyen des MG de Haute-Loire estimé à 50 ans, au 1er janvier 2018, selon le rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes publié en avril 2018, par l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux Auvergne- Rhône-Alpes [30].

Il existe automatiquement un biais de volontariat ou d'auto-sélection: ce sont les plus motivés qui répondent aux questionnaires; de ce fait, ils peuvent avoir des caractéristiques différentes de celles de l'ensemble des MG de Haute-Loire. Aussi, les MG installés en MSP sont les plus volontaires car ce sont les plus intéressés pour participer au registre.

Un biais de sélection est présent du fait de l'absence de tirage au sort des MG de Haute-Loire répondant aux critères d'inclusion. Cependant, dans ce genre d'étude, l'absence de tirage au sort est légitime afin d'augmenter le taux de réponse. Notre taux de réponse est de 40,8% (soit supérieur à 30%). Notre étude est interprétable dans le sens où l'ensemble des MG de Haute-Loire répondant aux critères d'inclusion ont été interrogés (exhaustivité).

Il existe un biais de non-réponse: les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire sont peut-être d'un avis très tranché sur la question principale et n'ont ainsi pas osé répondre de peur de polémique. Ce biais est en partie levé par l'anonymisation du questionnaire.

Un biais de déclaration est également classiquement retrouvé, avec le risque de réalité différente entre pratique réelle et pratique déclarée.

Pour se prémunir des biais de confusion, deux analyses multivariées sont réalisées. La première portant sur les facteurs associés au fait d'être ou ne pas être intéressé pour participer au registre en cas de SP de maternité; la deuxième, sur les facteurs associés au fait d'être ou ne pas être intéressé pour être référent libéral de secteur.

Concernant la validité extrinsèque de notre matériel d'investigation (notre questionnaire) celui-ci ressemble globalement à ce qui se fait dans ce type d'étude.

Concernant la validité intrinsèque, l'élaboration en plusieurs étapes et le pré-test final du questionnaire ont permis de le rendre optimal.

L'aspect le plus pénalisant du questionnaire est le temps consacré à son remplissage, même si nous avons essayé d'élaborer un questionnaire le plus concis possible et rapide à

remplir (3 minutes). Le caractère électronique du questionnaire est en revanche un élément facilitant (remplissage, relances, analyses, anonymisation), même si dans notre cas, devant un taux de réponse encore trop faible, nous avons appelé les 196 MG pour s'assurer qu'ils aient bien reçu notre questionnaire par courrier électronique.

## V) CONCLUSION

Notre étude est d'actualité et montre que les MG de Haute-Loire sont partagés dans leur envie d'être impliqués dans le dispositif de SP de maternité. Les quelques études réalisées à ce sujet montrent également une opinion partagée des MG dans leur rôle concernant les SP de maternité.

Les facteurs facilitant l'adhésion à un registre de MG participant au dispositif de SP retrouvés dans notre étude sont: le fait d'exercer en groupe, d'avoir des délais de consultation compatibles et d'être tout à fait à l'aise dans l'examen J6-J10. Il existe également une tendance à adhérer plus facilement au registre dans les plus grosses communes et si les MG ont une activité pédiatrique importante. Une partie des MG intéressés pour faire partie du registre sont également favorables à être référents libéraux de secteur.

En Auvergne, et notamment en Haute-Loire, les SP doivent être développées pour permettre une rationalisation des soins en maternité. Cela permettra une réduction des coûts, une augmentation de l'activité, une simplification de la gestion des lits, une démedicalisation des soins et la mise en place de soins individualisés. Une organisation périnatale optimale est néanmoins indispensable: il faudra anticiper ces SP dès la période prénatale, être capable d'identifier de façon précise les situations à risque selon les recommandations de l'HAS et mettre en place un suivi structuré autour du couple mère/bébé.

Les MG Altigériens sont conscients qu'ils ont un rôle à jouer dans ce dispositif de SP de maternité, s'intégrant dans une prise en charge globale du couple mère/enfant. Le véritable enjeu pour la maternité du CHER est d'arriver à mettre en place une collaboration entre les



MG, les SF libérales et les pédiatres hospitaliers, pour assurer des soins de qualité et un suivi structuré.

Une enquête interrogeant les SF libérales de Haute-Loire, en parallèle de notre étude, aurait pu être réalisée pour connaître leur ressenti à ce sujet et leur envie d'être ou non impliquées dans ce dispositif de SP de maternité. Il aurait été également intéressant de réaliser le même type d'étude à un échelon régional.

Pierre CLAVELOU  
Doyen-Directeur



Vu le Président  
le 22 08 2019  
P. G. CLAVELOU

## VI) BIBLIOGRAPHIE

1. OCDE (2015), Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-fr](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr)
2. Anaes. Recommandations pour la pratique clinique Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile (mai 2004). Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. 2005 [cité 6 sept 2018];33(3):170-84. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958905000366>
3. Boissinot C. Conditions optimales de sortie de maternité du nouveau-né à bas risque médico-social. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2014 [cité 6 sept 2018];21(5):87-8. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X14714745>
4. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. La Revue Sage-Femme [Internet]. avr 2014 [cité 6 sept 2018];13(2) :84-98. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408814000327>
5. Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses [Internet]. janv 2007 [cité 28 janv 2019];2(4) :1-20. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637501707723852>
6. Hascoët J-M, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2014 [cité 6 sept 2018];21(9) :1053-9. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X14002942>

7. Lansky A, Barfield W, Marchi K. Early Hospital Discharge and First Week Follow-Up Visits for Newborns. 2000;27. Disponible sur: <https://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/InfantMortality/Meetings/20040330/earlyhospitaldischargereport.pdf>
8. Alcaydé S. Ictère du nouveau-né [Internet]. FMC; 2008 oct [cité 25 août 2019]; Hôpital Paul de Viguié. Disponible sur: [http://www.dufmcepp.upstlse.fr/app\\_scom/scom\\_fichier/repertoire/091008163849.pdf](http://www.dufmcepp.upstlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/091008163849.pdf)
9. COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Hospital Stay for Healthy Term Newborns. PEDIATRICS [Internet]. 1 févr 2010 [cité 27 janv 2019];125(2) :405-9. Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-3119>
10. Tourneux P, Renesme L, Raignoux J, Bedu A, Casper C, Truffert P, et al. Prise en charge de l'ictère en sortie de maternité chez le nouveau-né  $\geq 35$  SA. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2014 [cité 6 sept 2018];21(5) :71-2. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X14714666>
11. Tatopoulos A, Hubert C, Vieux R, Hascoët J-M. Quel bilan sanguin réaliser avant une sortie précoce de maternité pour prédire un ictère sévère? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2010 [cité 6 sept 2018];39(3):218-23. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231510000475>
12. Cortey A, Renesme L, Raignoux J, Bedu A, Casper C, Tourneux P, et al. Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né de 35 semaines et plus : du dépistage au suivi après sortie de la maternité. Recommandations pour la pratique clinique. Archives de

- Pédiatrie [Internet]. janv 2017 [cité 27 juill 2019];192-203. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X16305437>
13. ANAES. Mise en oeuvre et poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de l'enfant. mai 2002 [cité 27 janv 2019] ; Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
  14. Cohen S, Bajolle F. Épidémiologie, étiologie et génétique des cardiopathies congénitales. [//www.em-premium.com/data/traites/co/11-66580/](http://www.em-premium.com/data/traites/co/11-66580/) [Internet]. 8 déc 2016 [cité 24 août 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1097463/resultatrecherche/4>
  15. Lode N. Urgences vitales chez le moins d'un mois. Journal de Pédiatrie et de Puériculture [Internet]. 2004 [cité 6 sept 2018];17(3) :143-50. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798304000052>
  16. Dr JABRE – SIKIAS. Sortie précoce de maternité. Ile de France; 2016.
  17. Legendre A, Chantopie A, Urgences cardiaques du nouveau-né. EMC (Elsevier SAS, Paris), Pédiatrie, 4-121-A-10, 2006.
  18. Mellander M. Diagnosis and management of life-threatening cardiac malformations in the newborn. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine [Internet]. oct 2013 [cité 27 juill 2019] ; Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744165X13000292>
  19. Mahle WT, Newburger JW, Matherne GP, Smith FC, Hoke TR, Koppel R, et al. Role of Pulse Oximetry in Examining Newborns for Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association and American Academy of Pediatrics.

- Circulation [Internet]. 4 août 2009 [cité 27 janv 2019];120(5) :447-58. Disponible sur : <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192576>
20. Jordan DI. Prise en charge du risque d'infection néonatale bactérienne précoce. oct 2018;41. Disponible sur : [http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/animation/journees\\_thematiques/2018/18\\_10\\_18/10\\_prevention\\_infection\\_materno\\_foetale.pdf](http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/animation/journees_thematiques/2018/18_10_18/10_prevention_infection_materno_foetale.pdf)
  21. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper? Archives de Pédiatrie [Internet]. 2008 [cité 6 sept 2018];15(6) :1076-82. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X08001553>
  22. Ottolini MC, Lundgren K, Mirkinson LJ, Cason S, Ottolini MG. Utility of complete blood count and blood culture screening to diagnose neonatal sepsis in the asymptomatic at risk newborn. The Pediatric Infectious Disease Journal [Internet]. mai 2003 [cité 28 janv 2019] ;22(5) :430. Disponible sur : [https://journals.lww.com/pidj/Abstract/2003/05000/Utility\\_of\\_complete\\_blood\\_count\\_and\\_blood\\_culture.8.aspx](https://journals.lww.com/pidj/Abstract/2003/05000/Utility_of_complete_blood_count_and_blood_culture.8.aspx)
  23. Roussey M. Les principes et l'organisation du dépistage néonatal en France. Archives de Pédiatrie [Internet]. juin 2008 [cité 24 août 2019];15(5):734-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X08718931>
  24. Ministère du travail, de la santé et de l'emploi. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale. JORF. 4 mai 2012 [cité 24 août 2019]; Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000025794966](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000025794966)

25. Berkane N. Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 1 févr 2015 [cité 5 sept 2018];44(2) :119-25. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231514001951>
26. Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. SORTIE PRÉCOCE DANS LE POST-PARTUM : ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE. 9 mars 2008; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.sicd.clermont-universite.fr/article/115343/resultatrecherche/3>
27. Assathiany R, Giacobbi V, Sznajder M. Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires en Île-de-France après une sortie précoce de maternité. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2006 [cité 6 sept 2018];13(4) :336-40. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X06000091>
28. Lille S. Sorties précoces en Auvergne : Bilan et perspectives. Haute-Loire ; 2018.
29. Reynaud A. Sortie précoce de maternité dans le pays de Fougère : Comment organiser la prise en charge des nouveau-nés par les médecins généralistes ? [Internet]. Rennes ; 2017. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/33fee6f2-c8d8-4ae5-be92-bcde3249b9ae?inline>
30. Union régional des professionnels de santé Médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. Rapport départementale de la démographie médicale des médecins généralistes ; Département de la Haute-Loire [Internet]. 2018 avr [cité 4 juill 2019]. Disponible sur : [http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/organisation\\_offre\\_soins/demographie/Haute-Loire\\_43\\_rapport\\_SDM\\_2018.pdf](http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/organisation_offre_soins/demographie/Haute-Loire_43_rapport_SDM_2018.pdf)

31. Fidry J. Identifier chez les sages-femmes libérales les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination de soins à la sortie de la maternité. [Internet]. Lille ; 2015 [cité 30 juin 2019]. Disponible sur : <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/170a9cfe-71ba-4567-ba9c-0bf8f37f27c7>
  
32. Gonce C. Identifier chez les gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité [Internet]. 2014. Disponible sur : <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/bdfeef4f-9d98-4e0e-a994-ea0889850b92>
  
33. Juresco A. Sorties précoces de maternité après accouchement : quelles conséquences pour les pédiatres de ville ? Médecine thérapeutique / Pédiatrie [Internet]. déc 2005 [cité 28 juill 2019] ; 8(5) :413-6. Disponible sur : [http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/sorties\\_precoces\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement\\_quelles\\_consequences\\_pour\\_les\\_pediatres\\_de\\_ville\\_\\_268097/article.phtml?tab=texte](http://www.jle.com/fr/revues/mtp/e-docs/sorties_precoces_de_maternite_apres_accouchement_quelles_consequences_pour_les_pediatres_de_ville__268097/article.phtml?tab=texte)
  
34. Langue J, Lacroix-Barbery I. Sorties précoces de maternité : place du pédiatre libérale. Archi Pediatr 2001 [Internet]. mai 2001 [cité 28 juill 2019] ;8(S2) :495-7. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/showarticlefile/166576/main.pdf>
  
35. Chanot A A, Semet J-C, Arnaud C, Dali-Youcef A, Abada K, Gayzard B, et al. Sorties précoces de maternité et hospitalisation à domicile : expérience ariégeoise. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2009 [cité 6 sept 2018];16(6) :706-8. Disponible sur : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X0974120X>
  
36. Boubred F, Herlenius E, Andres V, des Robert C, Marchini G. Morbidité néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm

- et Marseille. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2016 [cité 6 sept 2018];23(3) :234-40. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X15004819>
37. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Håkansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. Acta Paediatrica [Internet]. 2008 [cité 6 juill 2019];97(5) :579-83. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.2008.00714.x>
38. Daussy A-S. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre. [Internet]. Lille ; 2014 [cité 30 juin 2019]. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/ff1a43bf-9471-4aba-b733-45f53540980>



## VII) ANNEXES

### A) Questionnaire

#### **Mot de l'investigateur principal de l'étude:**

*Chères consœurs, chers confrères,*

*J'ai terminé mon DES de Médecine Générale en Octobre 2017. Actuellement, j'effectue des remplacements en médecine générale en Haute-Loire sur le bassin du Puy-en-Velay.*

*C'est au cours de mon stage d'interne en pédiatrie que j'ai pris connaissance du dispositif de sorties précoces de maternité; celui-ci devenant de plus en plus développé dans les grandes métropoles, et pratiquement méconnu en Auvergne, et notamment en Haute – Loire.*

*Ce sujet mêle Santé Publique, médecine générale et pédiatrie, mais aussi « Ville et Hôpital » avec une application pratique pour la suite.*

*J'ai donc besoin de votre aimable participation à cette étude via la réponse à ce questionnaire pour tenter de créer un registre des médecins généralistes intéressés par ce dispositif afin de rationaliser l'enjeu que sont les sorties précoces au sein d'un territoire rural.*

*Merci d'avance pour le temps que vous me consacrerez.*

*Cordialement.*

Claire BOYER.

## **ENQUÊTE SOPREMA: Les médecins généralistes de Haute-Loire ont-ils envie d'être impliqués dans le dispositif des SORTIES PRÉcoces de MATernité ?**

### **Background:**

Selon les recommandations de l'HAS de 2014, une sortie précoce de maternité est définie comme toute sortie de maternité du couple mère/bébé:

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse,
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Les critères de sortie précoce et les modalités d'accompagnement reposent sur plusieurs éléments:

- intérêt de la mère et de l'enfant;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseau.

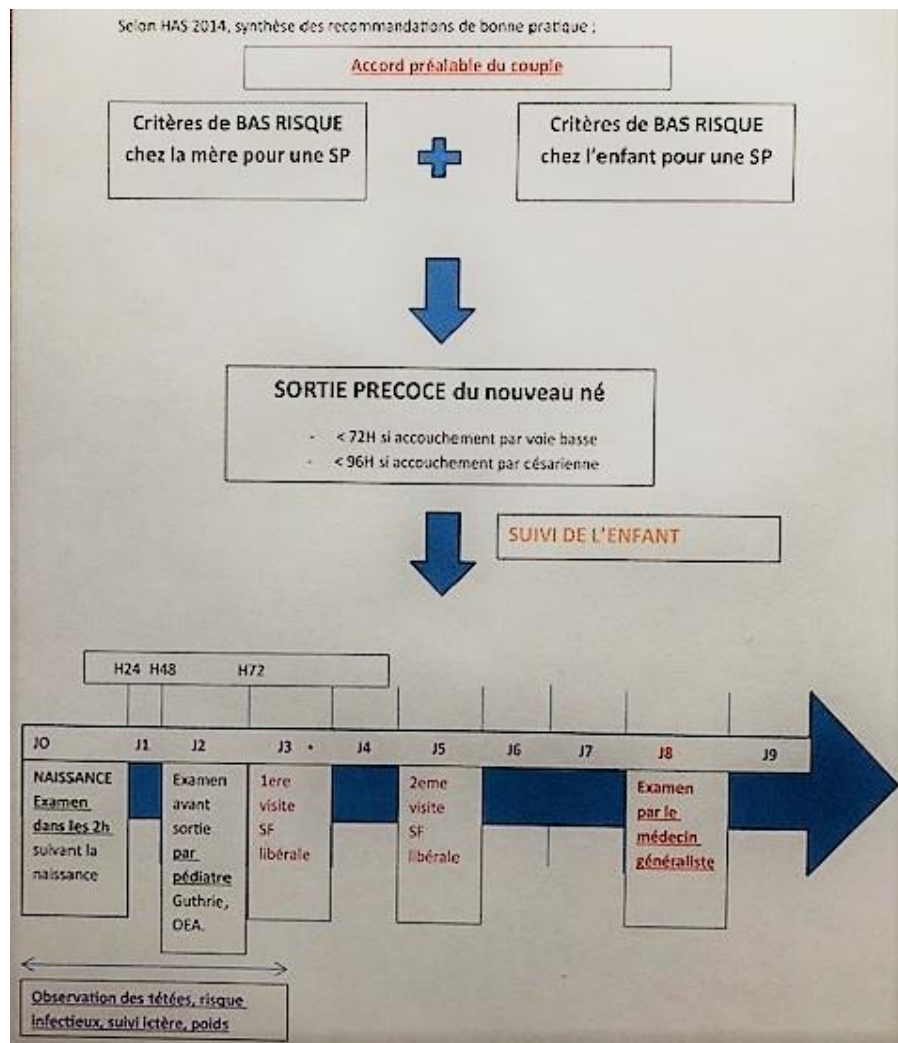
Actuellement, en Auvergne, et notamment en Haute-Loire, les sorties précoces organisées de maternité sont encore très peu développées, à l'inverse des grandes métropoles. Réel enjeu médico-économique, la maternité du Centre Hospitalier Émile Roux du Puy-en-Velay, en association avec la CPAM de Haute-Loire, souhaite promouvoir ce dispositif.

Les sorties précoces ne peuvent être mises en place sans un tissu important et solide de libéraux impliqués localement au sein d'un réseau. Au sein de la maternité, un protocole de sorties précoces devrait être préalablement mis en place, avec un référent pédiatre de maternité. Un ensemble de critères à bas risque devra être rempli afin de rendre éligible le

couple mère/bébé à une éventuelle sortie précoce. Les visites de suivi par les sages-femmes et le médecin libéral, selon le schéma ci-dessous, devraient être programmées avec l'aide de la CPAM avant même la sortie du nouveau-né.

Devant le manque de pédiatres libéraux sur notre territoire et la nécessité de réaliser un examen médical entre le sixième et le dixième jour de vie du nouveau-né, il est indispensable que les médecins généralistes fassent partie intégrante du parcours de soin.

### Algorithme des sorties précoces:



**Objectif de l'étude :**

L'enquête SOPREMA est une étude transversale descriptive déclarative réalisée auprès de l'ensemble des médecins généralistes de Haute Loire, via des questionnaires électroniques anonymes. L'objectif principal de cette étude est de déterminer les possibilités locales de la réalisation de l'examen médical du nouveau-né entre J6 et J10 en cas de sortie précoce, avec pour objectif secondaire de recenser les facteurs facilitant ou limitant sa réalisation.

Les réponses sont anonymes et feront l'objet d'une analyse statistique.

Les résultats de cette enquête feront ensuite l'objet d'une thèse d'exercice de médecine générale pour l'obtention du Doctorat en Médecine.

**Comité scientifique :**

Claire BOYER, Thésarde, Médecin généraliste remplaçante.

Pr Gilles CLEMENT, Professeur des Universités; Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand.

Dr Stéphane LILLE, directeur de thèse, Praticien Hospitalier, Pédiatrie, CHER.

Mme Céline LAMBERT, PhD, Biostatisticienne, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, CHU de Clermont-Ferrand.

Mme Émilie GADEA-DESCHAMPS, PhD, Responsable Unité de Recherche Clinique CH Émile Roux.

## Première partie : VOUS

---

**1. 1) Votre sexe**

*Une seule réponse possible.*

Homme

Femme

**2. 2) Votre âge (en année)**

**3. 3) Votre mode d'exercice**

*Une seule réponse possible.*

Isolé

En groupe

En maison de santé pluridisciplinaire

**4. 4) Quel est le nombre approximatif d'habitants dans votre commune d'exercice (à 100 près) ?**

## Deuxième partie : VOUS et LA PÉDIATRIE

---

5. 5) Combien de temps prenez-vous approximativement pour vos consultations de suivi pédiatrique des nourrissons (de 1 à 18 mois) ?

*Une seule réponse possible.*

- 15 min
- 20 min
- 30 min
- 45 min
- Pas de consultations pédiatriques

6. 6) A quel(s) type(s) de formations pédiatriques avez-vous participé depuis votre installation ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Aucune
- Formations universitaires (DU,DIU)
- Autres types de formations continues (DPC, EPU,...)
- Groupe de pairs
- Autre :

7. 7) Quelle part de votre activité représente la pédiatrie ?

*Une seule réponse possible.*

- < 5%
- entre 5% et 10%
- entre 10% et 25 %
- entre 25% et 50%
- > 50%

8. 8) Voyez-vous actuellement en consultation des nouveau-nés entre le 6ème et le 10ème jour de vie ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

## Troisième Partie : VOUS et LES SORTIES PRÉCOCES

---

9. 9) Seriez-vous intéressé(e) en tant que généraliste à participer au dispositif des sorties précoces de maternité, et notamment réaliser l'examen du nouveau-né entre le 6ème et le 10ème jour de vie ?

*Une seule réponse possible.*

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

10. 10) Vous sentiriez-vous à l'aise pour l'examen d'un nouveau-né entre le 6ème et le 10ème jour de vie, si le dispositif de sorties précoces était mis en place ?

*Une seule réponse possible.*

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

11. 11) Quel est pour vous le principal intérêt des sorties précoces de maternité ?

*Une seule réponse possible.*

- Favoriser l'attachement, le lien mère/enfant et la cohésion familiale
- Développer le lien entre la médecine générale et l'hospitalier
- Réduire les durées et coûts de séjour en maternité (avantages économiques)
- Démédicaliser, favoriser les soins individualisés
- Réduire le risque d'infections nosocomiales

12. 12) Quel est pour vous le principal risque des sorties précoces de maternité ?

*Une seule réponse possible.*

- Risque médical pour le bébé
- Risque médical pour la mère
- Risque psychique pour la mère

13. 13) En cas de sortie précoce, quel est pour vous le principal risque médical pour le bébé ?

*Une seule réponse possible.*

- Echec allaitement
- Ictère
- Infection néonatale
- Diagnostic tardif d'anomalies congénitales ou héréditaires
- Ré-hospitalisations

14. **14) En cas de sorties précoces (J2) de la maternité, le rendez-vous de consultation du nouveau-né doit être fixé entre J6 et J10. Pensez-vous que vos délais de consultation soient compatibles ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

15. **15) A votre avis, le rôle du généraliste dans le dispositif des sorties précoces se limiterait-il en pratique uniquement à la réalisation de l'examen du nouveau-né entre le 6ème et 10ème jour de vie ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

16. **16) Si non, à quoi pensez-vous ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Intégration du bébé dans la famille  
 Prévention des troubles psychiatriques maternels post-partum  
 Mise en place de lien avec la PMI en cas de difficultés sociofamiliales  
 Promouvoir l'allaitement maternel  
 Autre :

17. **17) Dans les recommandations HAS, les sages-femmes libérales ont une implication importante dans le dispositif des sorties précoces de maternité. Collaborez-vous habituellement facilement avec les sages-femmes libérales ?**

*Une seule réponse possible.*

- Jamais  
 Parfois  
 Souvent  
 Très souvent

18. **18) Considérez-vous le rôle des sages-femmes libérales comme indispensable dans le suivi des nouveau-nés en cas de sortie précoce ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

19. **19) Seriez-vous intéressé(e) pour participer à des formations réalisées par les pédiatres hospitaliers en vue de préparer au mieux l'examen médical entre le 6ème et le 10ème jour de vie du nouveau-né en cas de sorties précoces organisées ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non



20. **20) Seriez-vous intéressé(e) par la mise en place d'une ligne directe de garde, disponible toute la journée, pour joindre un pédiatre hospitalier en cas d'urgence ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

21. **21) En cas de doute à votre examen clinique, la possibilité d'organiser une consultation hospitalière d'urgence avec le pédiatre référent vous semble-t-elle indispensable ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

22. **22) Seriez-vous intéressé(e) pour être un des référent(e)s libéral(e)(aux) de "secteur" en cas de mise en place des sorties précoces de maternité sur notre territoire ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

23. **23) Si le dispositif de sorties précoces de maternité était mené à son terme en Haute-Loire, seriez-vous intéressé(e) pour faire partie d'un registre de médecins généralistes pouvant être sollicités pour l'examen du nouveau-né entre le 6ème et le 10ème jour de vie (même hors patientèle) ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

24. **24) Si non, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) limitant votre participation à ce registre ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Manque de disponibilité  
 Manque de matériel (bilirubinomètre, balance, etc.)  
 Pas d'intérêt pour ma pratique professionnelle  
 Peur des responsabilités  
 Pas assez d'expérience pédiatrique  
 Manque de formation  
 Autre :

## B) Procédure « Organisation des SP de maternité » du CHER du Puy-en-Velay



### Organisation des sorties précoces de maternité

#### 1. OBJET

Cette procédure définit les critères à bas risque médico-social qui doivent être réunis afin que le couple mère/enfant puisse être amené à bénéficier d'une sortie précoce, après accord du couple, obtenu en période prénatale (en général au troisième trimestre de grossesse).

#### 2. DEFINITION

Une sortie précoce de maternité est définie comme un retour à domicile :

- Entre 48 et 72 heures pour un accouchement par voie basse
- Entre 72 et 96 heures pour un accouchement par césarienne

#### 3. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure concerne l'ensemble du personnel du pôle mère-enfant du Centre Hospitalier Emile Roux du Puy-en-Velay, en lien avec les libéraux (sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres), le Service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Départemental de Haute Loire et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Haute-Loire.

#### 4. REFERENCES

- [1] Jabre-Sikias. Sortie précoce de maternité. Ile de France. Cours du DIU de pédiatrie en maternité de l'Université Quentin en Yvelines, 2016.
- [2] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile (mai 2004). Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2005
- [3] Boissinot C. Conditions optimales de sortie de maternité du nouveau-né à bas risque médico-social. Archives de Pédiatrie, 2014
- [4] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. La Revue Sage-Femme. 2014.
- [5] Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2007;2(4) :1-20. 6.
- [6] Hascoët J-M, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. Archives de Pédiatrie [Internet]. 2014 ; 21(9) :1053-9.

#### 5. DESCRIPTION

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) en vue d'obtenir des conditions optimales pour proposer un retour précoce à domicile après accouchement (RPDA).

Les enjeux pédiatriques d'une SP sont multiples. Les premiers jours de vie sont une période critique d'observation pour détecter une éventuelle pathologie, transitoire ou non. L'adaptation néonatale à la vie extra-utérine se fait de manière progressive sur 5 jours. Dès lors, une SP insuffisamment préparée et mal accompagnée peut exposer le nouveau-né à une morbidité non négligeable et à des retards de diagnostic. De ce fait, une vigilance particulière s'impose.

La première condition nécessaire pour une sortie cohérente est une information des femmes (et/ou des parents) au cours du troisième trimestre de grossesse. Elle reprend les conditions et l'organisation de la sortie du couple mère/bébé. Elle est réalisée par un professionnel connaissant le fonctionnement du service et les ressources locales disponibles à la sortie. Un document écrit, reprenant ces informations données oralement, est également remis à la femme / au couple parental. Une fois cette information correctement délivrée, l'accord signé des parents doit être obtenu et joint au dossier obstétrical.

La deuxième condition est de définir le bas risque maternel (tableau 1) et pédiatrique (tableau 2) pour un retour à domicile précoce. En effet, les expériences internationales (dont celle des États-Unis) ont démontré qu'une fois le bas risque défini, la durée de séjour se révèle peu discriminante pour la sécurité de la mère et de son enfant, sous condition qu'un suivi médical de qualité soit assuré à la sortie.

<b>TABLEAU 1. CRITERES AUTORISANT UNE SORTIE PRECOCE POUR LA MERE .</b>	
<b>1</b>	Absence de situation de vulnérabilité psychique *, sociale **, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
<b>2</b>	Soutien familial et/ou social adéquat
<b>3</b>	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
<b>4</b>	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
<b>5</b>	Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
<b>6</b>	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
<b>7</b>	Absence de signes thromboemboliques
<b>8</b>	Douleur contrôlée
<b>9</b>	Interactions mère-enfant satisfaisantes
<b>10</b>	<b>Accord de la mère et/ou du couple</b>
<b>11</b>	Contraception prescrite Ordonnance de Sortie (bas de contention, antalgiques, HBPM, etc.)

**\*instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, autonomie pour réaliser les soins de bases, déficience mentale... ;**

**\*\*mineurs, précarité, logement non adéquat, etc. ;**

**\*\*\*pertes sanguines estimées supérieures à 1500cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.**

TABLEAU 2. CRITERES AUTORISANT UNE SORTIE PRECOCE POUR LE NOUVEAU-NE	
1	Nouveau-né à terme $\geq 38$ SA, singleton et eutrophe (entre le 10 <sup>ème</sup> et le 90 <sup>ème</sup> percentile)
2	Apgar $\geq 7$ à 5 minutes
3	Examen clinique normal le jour de sortie, après 48 heures de vie dont prise de la saturation pulsée en oxygène aux membres supérieur et inférieur
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère (Figure 1) Mictions et émissions spontanées des selles, transit établi.
6	Perte de poids $< 8\%$ par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique Absence de facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère Mesure de la BTC ou BTS $< 40$ <sup>ème</sup> percentile (Figure 2)
8	Absence d'appartenance aux groupes A, B et C du risque d'infection néonatale bactérienne précoce.
9	Vitamine K1 donnée à J <sub>0</sub> . Dose donnée pour J <sub>3</sub> Supplémentation en vitamine D prescrite. Stratégie du cocooning contre la coqueluche expliquée et prescrite. Prévention de la mort subite du nourrisson. Prévention de la plagiocéphalie positionnelle
10	Dépistages néonataux réalisés à la maternité ou organisés peu de temps après la sortie (dont le dépistage de la surdité) et leur traçabilité assurée. - Guthrie possible dès H <sub>48</sub> chez un nouveau-né correctement alimenté - Dépistage de la surdité possible dès H <sub>24</sub>
11	Suivi post-partum après la sortie organisé par la CPAM : 1 <sup>ère</sup> visite prévue par la sage-femme du PRADO dans les 24 heures après la sortie (Figure 3) Visite médicale entre J <sub>6</sub> et J <sub>10</sub> programmée chez un médecin généraliste, un pédiatre ou à l'hôpital
12	Certificat médical du 8 <sup>ème</sup> jour rempli et signé

Evaluation détaillée des tétées : (idéal 1x toutes les 12h)		
Etat d'éveil du nouveau né	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> mauvais
Succion	<input type="checkbox"/> efficace	<input type="checkbox"/> inefficace
Position au sein	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> mauvaise
Déglutition	<input type="checkbox"/> présente	<input type="checkbox"/> absente
Ecoulement du colostrum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Ecoulement lait	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nombres tétées par 24 heures :		
Urines fréquentes (couches pleines)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Méconium	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Selles jaunes grumeleuses d'allaitement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Figure 1. Recueil de l'observation des tétées en maternité.

### Ictère du nouveau-né : organigramme décisionnel de sortie et suivi

**Sortie précoce\*** (HAS 2014) : <72h si voie basse et <96h si césarienne  
**Visite de suivi \*\*** (HAS 2014) = Evaluation de état général+ interaction mère-enfant+ alimentation + poids + quantification ictère. **FDR\*** : **facteur de risque d'hyperbilirubinémie sévère** (âge gestationnel < 38 SA, allaitement maternel inefficace, début ictère <H24, maladie hémolytique familiale, allo-immunisation maternelle ou contexte incompatibilité ABO, antécédents ictère traité dans la fratrie, bosse séro-sanguine ou hématomes, grand-parents d'Asie, d'Afrique et des Antilles). **Btc** : bilirubine transcutanée ; **BTS** : dosage sanguin de bilirubine totale ; **p\*** : **percentile du nomogramme** (référentiel des bilirubinémies normales) *adapté de Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM ; Pediatrics, 1999;103(1): 6-14*

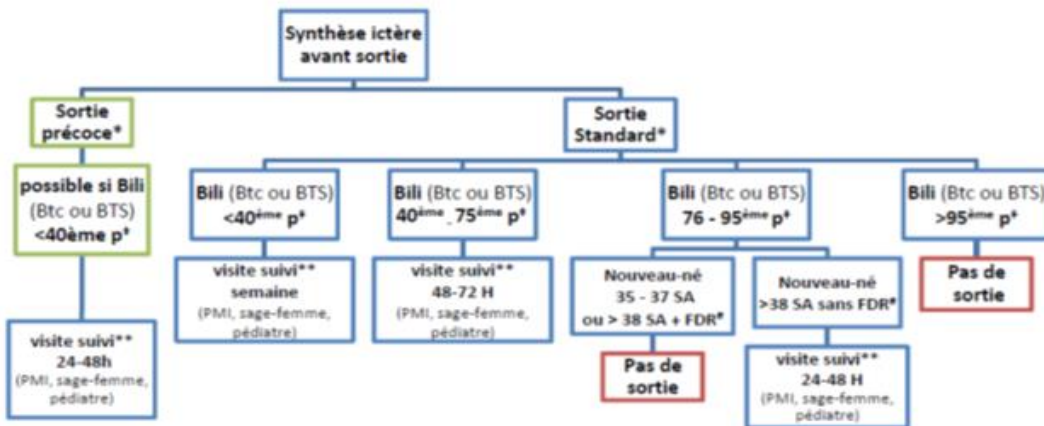


Figure 2. Organigramme décisionnel de sortie et de suivi en fonction de l'ictère.

#### Cahier des charges pour la mère et l'enfant en cas de sortie précoce



Deux à trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié.

- **1<sup>re</sup> visite** : elle est systématique et doit être réalisée dans les 24h après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée
- **2<sup>e</sup> visite** : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.
- **3<sup>e</sup> visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

La surveillance à domicile commence 24 heures après le retour à domicile en cas de sortie précoce de maternité. Ce rendez-vous doit être pris avant la sortie de maternité, par les parents ou le personnel et la CPAM. **En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée.** Le schéma du parcours de soins est résumé dans la figure 4. Les paramètres de surveillance à réaliser pour le nouveau-né sont résumés dans le tableau 3, ceux pour la mère dans le tableau 4.

**Un examen clinique médical du nouveau-né doit impérativement avoir lieu entre le 6<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour de vie**, par un médecin généraliste inscrit dans le registre des médecins participant au dispositif des sorties précoces sur la Haute Loire, un pédiatre libéral, à la PMI, ou à défaut, en consultation externe dans service de pédiatrie du centre Hospitalier Emile Roux du Puy-en-Velay. Ce rendez-vous doit être pris avant la sortie de maternité, par les parents ou le personnel et la CPAM. **En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée.**

**Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures en cas de naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures en cas de césarienne)**

La 2<sup>e</sup> visite est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour la 3<sup>e</sup> visite qui est recommandée, voire pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la sortie précoce a lieu au cours des 96 premières heures.

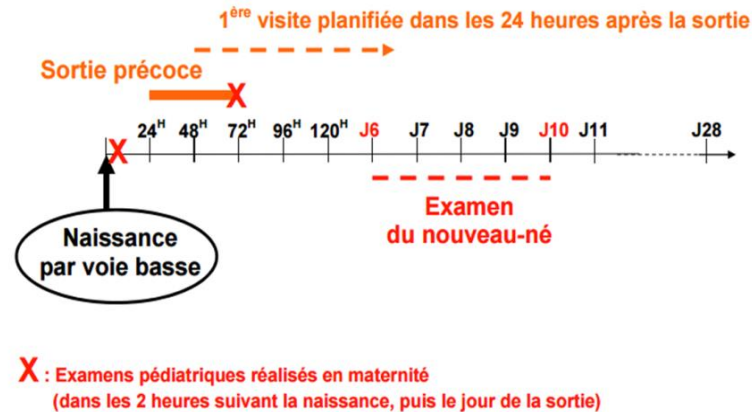


Figure 4. Schéma du parcours de soins en cas de sortie précoce.

TABLEAU 3. PARAMETRES DE SURVEILLANCE DES NOUVEAU-NES A DOMICILE	
1	<b>Risque d'ictère</b> : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BTS reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence
2	<b>Risque de cardiopathies</b> : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
3	<b>Risque de déshydratation/dénutrition</b> : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel) : urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 à 4 selles/jour)
4	<b>Risque infectieux</b> : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
5	<b>Comportement</b> : tonus, éveil, contact
6	Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamine K
7	Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

TABLEAU 4. PARAMETRES DE SURVEILLANCE DES MERES A DOMICILE	
1	Risque hémorragique
2	Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite, etc.
3	Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/pré-éclampsie
4	Risque thromboembolique
5	Troubles urinaires/digestifs
6	Cicatrisation (périnée, césarienne)
7	<b>Troubles psychiques</b> : fatigues, anxiété, baby blues, dépression du post-partum, etc.
8	Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunies, etc.
9	Douleur
10	Vaccinations (coqueluche, ROR, grippe...) et injections d'immunoglobulines.
11	<b>Accompagnement de l'allaitement maternel</b>
12	Accompagnement et information sur la contraception
13	<b>Evaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfants</b>
14	Evaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)

## **6. DOCUMENTS ANNEXES**

- Consentement préalable des parents à une sortie précoce.
- Fiche d'information sur les sorties précoces.
- Fiche de synthèse en cas de sortie précoce.
- Liste des sages-femmes libérales.
- Registre des médecins généralistes participant au dispositif.
- Liste des pédiatres libéraux.
- Liste des consultations de PMI par secteurs.



### C) Fiche de synthèse en cas de SP

Etiquette  
Patiente

## Sortie précoce de maternité

LE PUY EN VELAY  
CENTRE HOSPITALIER  
EMILE ROUX +

Etiquette  
Nouveau-né

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse**  
 **au cours des 96 premières heures après un accouchement par une césarienne**

Accouchement le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ : \_\_\_\_ ;  
 Terme : \_\_\_\_ SA  
 Durée du séjour : \_\_\_\_ heures

Poids de naissance : \_\_\_\_ g Percentile : \_\_\_\_<sup>ème</sup> Apgar \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CRITERES AUTORISANT UNE SORTIE PRECOCE POUR LA MERE	
Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères	
Soutien familial et/ou social adéquat	
Absence de pathologie chronique mal équilibrée	
Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	
Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat	
Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	
Absence de signes thromboemboliques	
Douleur contrôlée	
Interactions mère-enfant satisfaisantes	
Accord de la mère et/ou du couple	
Contraception prescrite	
Ordonnance de Sortie	

Toutes les cases doivent être cochées pour être éligible.

Conclusion de l'évaluation :

Mère éligible :  Oui /  Non Nouveau-né éligible :  Oui /  Non

Poids de Sortie : \_\_\_\_ g ; perte : \_\_\_\_ %

Nom de la sage-femme référente : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Date du 1er rendez-vous prévu PRADO (impérativement dans les 24 premières heures) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date du rendez-vous avec le médecin J6-J10 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pédiatre référent au CHER : Dr \_\_\_\_\_

CRITERES AUTORISANT UNE SORTIE PRECOCE POUR LE NOUVEAU-NE	
Nouveau-né à terme ≥38 SA, singleton et eutrophe (entre le 10 <sup>ème</sup> et le 90 <sup>ème</sup> percentile)	
Apgar ≥7 à 5 minutes	
Examen clinique normal le jour de sortie, après 48 heures de vie dont prise de la saturation pulsée en oxygène aux membres supérieur et inférieur : ____ % / ____ %	
Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C	
Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère	
Mictions et émissions spontanées des selles, transit établi.	
Perte de poids < 8% par rapport au poids de naissance	
Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique	
Absence de facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère	
Mesure de la BTC ou BTS < 40 <sup>ème</sup> percentile = ____ <sup>ème</sup> percentile	
Absence d'appartenance aux groupes A, B et C du risque d'infection néonatale bactérienne précoce.	
Vitamine K1 donnée à J <sub>0</sub> . Dose donnée pour J <sub>3</sub> et prescrite pour M <sub>1</sub> .	
Supplémentation en vitamine D prescrite.	
Stratégie du coconing contre la coqueluche expliquée et prescrite.	
Prévention de la mort subite du nourrisson.	
Prévention de la plagiocéphalie positionnelle	
Dépistages néonataux réalisés à la maternité ou organisés peu de temps après la sortie (dont le dépistage de la surdité) et leur traçabilité assurée.	
- Guthrie possible dès H <sub>48</sub> chez un nouveau-né correctement alimenté	
- Dépistage de la surdité possible dès H <sub>72</sub>	
Suivi post-partum après la sortie organisé par la CPAM :	
1 <sup>ère</sup> visite prévue par la sage-femme du PRADO dans les 24 heures après la sortie	
Visite médicale entre J <sub>6</sub> et J <sub>10</sub> programmée chez un médecin généraliste, un pédiatre ou à l'hôpital	
Certificat médical du 8 <sup>ème</sup> jour rempli et signé	

Coordonnées : Dr \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

tel : \_\_\_\_\_



(Conseil national de l'ordre des médecins)

### SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## **BOYER Claire**

ENQUÊTE SOPREMA: LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE HAUTE-LOIRE ONT-ILS ENVIE D'ÊTRE IMPLIQUÉS DANS LE DISPOSITIF DES SORTIES PRÉCOCES DE MATERNITÉ ?

Thèse de Médecine Générale, faculté de médecine de Clermont-Ferrand, année civile: 2019

### **RÉSUMÉ:**

**Introduction.** La durée moyenne de séjour en maternité s'est raccourcie ces dernières années. La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations en 2014 afin de proposer des conditions optimales de sortie précoce à domicile: critères à bas risque pour le couple mère/enfant et suivi structuré à domicile. A l'inverse des grandes métropoles, les sorties précoces (SP) sont peu développées en province, notamment en Haute-Loire, où les pédiatres libéraux sont rares. Les médecins généralistes (MG) devraient faire partie intégrante du dispositif de SP de maternité.

**Méthode.** L'enquête SOPREMA est une étude déclarative par questionnaires électroniques destinés aux MG altiligériens. L'objectif est de déterminer les possibilités de réalisation de l'examen du nouveau-né entre J6 et J10.

**Résultats.** Le taux de réponse est de 40,8% (n = 80/196). Trente-deux MG (40%, IC 95% [29-52]) ont envie d'être impliqués dans le dispositif des SP. L'exercice en groupe (OR: 9,54; IC 95% [1,8-50,7]; p = 0,008), des délais de consultation compatibles (OR: 8,23; IC 95% [1,4-48,6]; p=0,020), et l'aisance dans l'examen précoce (OR: 19,02; IC 95% [2,7-132,9]; p=0,003) sont des facteurs facilitant l'adhésion à un registre de MG dédié au dispositif, de même que l'expérience antérieure de consultation entre J6-J10 (p=0,01) et la connaissance que leur rôle ne se limite pas exclusivement à l'examen du nouveau-né (p=0,03). Il existe une tendance à adhérer plus facilement dans les plus grosses communes (p=0,07), si l'activité pédiatrique est importante (p=0,10) et si le rôle des SF est considéré comme dispensable (p=0,07).

**Conclusion.** Les MG altiligériens sont partagés dans leur participation au dispositif des SP. Elle est pourtant indispensable en Haute-Loire où sa mise en place nécessitera une étroite collaboration pluri-professionnelle.

**MOTS-CLEFS:** Sorties précoces, médecins généralistes altiligériens, examen nouveau-né entre J6-J10, HAS 2014, réseau de soins, couple mère/bébé.

### **JURY:**

Président: **M. le Professeur Gilles CLEMENT**

Membres: M. le Professeur Étienne MERLIN,

M. le Professeur Laurent GERBAUD,

Mme le Docteur Anne BRUNHES,

M. le Docteur Stéphane LILLE

**DATE DE LA SOUTENANCE:** Le 4 Octobre 2019