

État des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité lors de leurs 28 premiers jours de vie

PAR ANNE CIBIEL-MARIN¹, G. CHÉRON²

INTRODUCTION

Les réhospitalisations des nouveau-nés après leur sortie de la maternité, dans la période néonatale, sont de 2 à 4 % en France^(1,2). Ces taux sont très variables d'un pays à un autre allant de 1 à 10 % des nouveau-nés⁽¹⁾. En France, les sorties de maternité des nouveau-nés n'ont pas lieu avant leurs 48 heures de vie, ce qui n'est pas le cas de tous les pays européens (1,5 jour au Royaume-Uni)⁽³⁾. Des durées de séjour standard ont été définies comme étant des durées d'hospitalisation en maternité de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après une césarienne. Une sortie précoce est définie comme toute sortie avant 72 heures après un accouchement par voie basse, avant 96 heures après une césarienne⁽⁴⁾. D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, la durée moyenne de séjour en France est de 4,0 jours, les sorties précoces des accouchées par voie basse sont de 5,0 % en 2016 (3,3 % en 2010) et de 5,8 % des accouchées par césariennes (2,8 % en 2010)⁽⁵⁾.

En France, les 48 premières heures sont un délai minimal pour juger d'une adaptation à la vie extra-utérine correcte (respiratoire, hémodynamique, métabolique). Mais ce délai est insuffisant pour apprécier l'adaptation et la maturation de toutes les grandes fonctions, en particulier digestives et hépatiques, et dépister toutes les pathologies néonatales. Les complications pouvant intervenir après la 48^e heure de vie, susceptibles d'apparaître à domicile en cas de sortie, concerneraient 4,6 % des nouveau-nés (l'ictère pour la moitié des complications, des anomalies congénitales, des troubles digestifs fonctionnels, et autres)⁽⁶⁾.

Depuis 2010, il a été mis en place un programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) des sorties de la maternité qui consiste en l'intervention d'une sage-femme au domicile de la patiente. Ce système permettrait de répondre aux besoins des parents en matière de soutien pratique, d'assistance et de supervision⁽⁷⁾. L'augmentation du nombre de visites postnatales à domicile devrait promouvoir la santé de l'enfant et la satisfaction maternelle, et les soins individualisés devraient améliorer les bénéfices pour les femmes⁽⁸⁾. Ainsi, dans le cadre d'une sortie précoce, une première visite est obligatoire dans les 24 heures suivant la sortie, la deuxième visite est obligatoire et une troisième est recommandée⁽⁹⁾.

Les inquiétudes des sorties précoces sont un retard de diagnostic et de mise en route du traitement pour les pathologies néonatales, une incidence plus élevée des problèmes d'allaitement, de dépression en post-partum et du taux de réhospitalisations néonatales^(10,11,12). Les bénéfices seraient plus de repos et de sommeil pour les mères, d'augmenter la confiance de la mère qui apprend plus tôt à prendre en charge son bébé dans l'environnement familial^(10,11,12,13), de diminuer le temps d'exposition du nouveau-né aux infections nosocomiales⁽¹⁴⁾. Les éléments associés avec l'impression que le couple mère-enfant n'était pas prêt lors de la sortie, étaient la primarité, une naissance la nuit, l'intention d'allaitement maternel, l'existence d'une pathologie néonatale, l'absence de père ou la non-cohabitation des parents⁽¹⁵⁾. Cependant, la moyenne d'âge des nouveau-nés qui consultent aux urgences pédiatriques serait égale à 17 jours⁽¹⁶⁾, soit à distance de la sortie. De plus, le réseau de périnatalité français est conséquent. Il permet de repérer des situations de vulnérabilité, d'accompagner le lien mère-enfant, de délivrer des conseils d'éducation à la santé, et d'assurer les transmissions avec l'hôpital⁽¹⁷⁾.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité durant leurs 28 premiers jours de vie. Notre objectif secondaire était d'observer si une différence significative existait, en matière de réhospitalisation, entre les nouveau-nés sortis précocement de la maternité et les nouveau-nés sortis de manière standard. Nous avons effectué une étude quantitative rétrospective descriptive menée par recueil de données auprès de dossiers médicaux.

La population étudiée était tous les nouveau-nés, nés à terme, réhospitalisés durant leurs 28 premiers jours de vie entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, après leur sortie de la maternité. Les critères d'inclusion étaient : nouveau-nés nés à la maternité de Necker-Enfants-Malades, à terme (> ou égal à 37 SA), sortis de la maternité, réhospitalisés durant leurs 28 premiers jours de vie.

Nous avons recueilli des variables quantitatives et qualitatives retrouvées à la fois dans les dossiers néonataux et dans les dossiers obstétricaux. Les variables ont été comparées avec un test de Student. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. Les données recueillies ont été comparées avec celles de l'enquête nationale périnatale de 2016⁽⁵⁾, les données statistiques de l'INSEE⁽¹⁸⁾ ainsi que les données de la maternité de Necker-Enfants-Malades.

1. Mémoire de fin d'études (Diplôme d'État de Sage-Femme), à l'École de Sages-Femmes Foch, Suresnes.

2. Chef de service des Urgences Pédiatriques, Hôpital Necker-Enfants-Malades.

RÉSULTATS ET ANALYSE

LA POPULATION ÉTUDIÉE

En 2016 et 2017, 194 nouveau-nés ont été réhospitalisés dans leurs 28 premiers jours de vie. Seuls 122 correspondaient à nos critères d'inclusion. Les causes de non-inclusion ont été la prématurité, des pathologies ou malformations ayant conduit à l'hospitalisation des nouveau-nés dans un autre service que la maternité dès la naissance ou ayant conduit à un transfert durant leur séjour à la maternité, des nouveau-nés réhospitalisés en tant qu'accompagnant dans le cadre d'une réhospitalisation maternelle, ou pour des interventions chirurgicales programmées sans passage par les urgences pédiatriques. Nous avons exclu quatre nouveau-nés en raison d'un refus parental d'accès aux données médicales. L'analyse a porté sur 118 dossiers. Le taux de réhospitalisation des nouveau-nés à la maternité Necker-Enfants-Malade était de 2,52 % avec un taux de sorties précoces de 16,1 % en 2016-2017.

LES CARACTÉRISTIQUES DES NOUVEAU-NÉS

57,4 % d'entre eux sont de sexe masculin, la moyenne des termes de naissance est de 39,3 SA. Le poids de naissance moyen est de 3 305 grammes. 9,2 % sont hypotrophes et 0,8 % sont macrosomes. 56 % d'entre eux sont nés entre septembre et février versus 44 % qui sont nés entre mars et août. 81,5 % sont nés par voie basse, dont 36,1 % qui ont été déclenchés et 21,6 % qui sont nés de manière instrumentale. Le taux de césarienne est de 18,5 % dont 63,6 % programmées et 36,4 % en urgence. Le pH moyen à la naissance est de 7,30. Le taux d'acidoses fœtales, définies par un pH inférieur à 7,15, est de 3,4 % et le taux d'APGAR inférieur à 7 à cinq minutes de vie est de 1,7 %. La durée moyenne de séjour est de 4,0 jours, 10,9 % des nouveau-nés réhospitalisés sont sortis précocement. 94,9 % des couples mère-enfant sont sortis de la maternité avec une sage-femme à domicile dont 5,1 % avec l'HAD. 5,4 % ont également bénéficié d'une puéricultrice de secteur, 5,4 % d'une prise en charge sociale et 6,3 % d'un psychothérapeute.

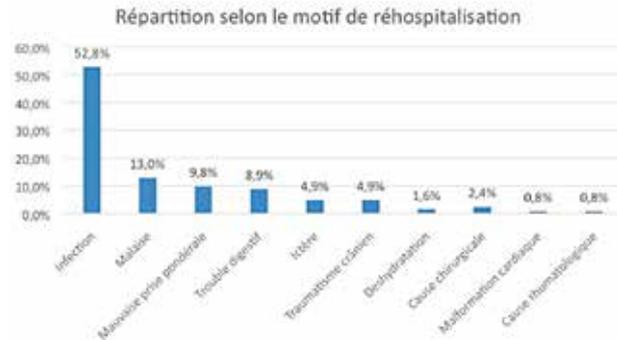
LES CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES

L'âge maternel moyen est de 34,5 ans. Le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 2,07, 33,1 % des mères sont des primipares et 66,9 % sont des multipares. Les pathologies obstétricales sont le diabète gestationnel (11,9 %) dont 2,5 % sous insuline, la prééclampsie (0,8 %), la cholestase gravidique (5,9 %), la pyélonéphrite (1,7 %), la suspicion de RCIU (5,1 %) et de macrosomes (1,7 %). Les facteurs de risque d'infection sont 16,9 % de durées d'ouverture de l'œuf supérieures à 12 heures, 13,6 % de portage du streptocoque B en fin de grossesse, 3,4 % d'hyperthermie maternelle durant le travail et les deux heures du post-partum. Le taux de tabagisme est de 5,1 %. Néanmoins, cette variable ne fut pas retrouvée au sein de tous les dossiers. 95,0 % des femmes se déclaraient vivre en concubinage au moment de la grossesse, 4,2 % se disaient vivre seules (0,8 % non renseigné). Le taux de précarité serait de 6,7 % et les difficultés psychosociales de 5,0 %.

LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉHOSPITALISATIONS

L'âge moyen des nouveau-nés réhospitalisés est de 15,9 jours. Le délai moyen entre la sortie et la réhospitalisation est

FIGURE 1 > Graphique de la répartition des nouveau-nés selon le motif de réhospitalisation



de 12,1 jours. Trois réhospitalisations ont eu lieu le jour de la sortie (malaises sur reflux gastro-oesophagien). La durée moyenne de réhospitalisation est de 3,3 jours et 47,1 % des nouveau-nés ont été réhospitalisés pendant maximum 24 heures en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. L'allaitement maternel exclusif concerne 64,7 % des nouveau-nés, l'allaitement mixte 15,1 % et l'allaitement artificiel 20,2 %. Les motifs de réhospitalisation (figure 1) sont les infections (52,8 %), les malaises (13,0 %), les mauvaises prises pondérales (9,8 %), les troubles digestifs (8,9 %), l'ictère (4,9 %), les traumatismes crâniens (4,9 %), les déshydratations (1,6 %), des causes chirurgicales (2,4 %), des malformations cardiaques congénitales (0,8 %) et des causes rhumatologiques (0,8 %).

■ LES INFECTIONS NÉONATALES

68,2 % d'entre eux avaient de la fièvre au moment de leur admission, 1,5 % étaient hypothermes et 30,3 % étaient apyrétiques. Les causes sont les bronchiolites (19 cas), les infections urinaires (13 cas), les rhinites (8 cas), les gastro-entérites (4 cas), les méningites (4 cas) dont deux à entérovirus, une pharyngite, une rhino-pharyngite et une grippe. Onze nouveau-nés ont été réhospitalisés pour autre virose, 3 pour suspicion d'infection et 2 pour fièvre isolée.

Les infections respiratoires concernent des nouveau-nés âgés en moyenne de 19,8 jours, dont le taux de primipares est de 6,5 %, le contagage familial de 50 % et la fièvre de 54,8 %. 77 % d'entre eux sont nés entre les mois de septembre et de février. L'asthme chez les parents ou la fratrie est présent chez 21,1 % des nouveau-nés réhospitalisés pour bronchiolite et le tabagisme passif chez 10,5 % d'entre eux. Les nouveau-nés réhospitalisés pour infection urinaire ont en moyenne 16,7 jours de vie et sont dans 92,3 % de sexe masculin. Parmi ces infections urinaires, 10 sont des pyélonéphrites (avec fièvre) et 3 sont des infections urinaires basses (sans fièvre). 46,2 % avaient des signes neurologiques (hypotonie, irritabilité, asthénie), 2 avaient une anomalie du système urinaire diagnostiquée en anténatal, 2 étaient en insuffisance d'apport alimentaire avec des difficultés d'allaitement maternel. Les nouveau-nés hospitalisés pour autres viroses ont en moyenne 18,8 jours de vie, tous de la fièvre, un contagage familial de virose dans 63,6 % des cas.

■ LES AUTRES MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION

Les motifs médicaux (94,5 %) retrouvés sont : 16 cas de malaise, 12 cas de mauvaise prise pondérale, 11 cas de troubles digestifs, 6 cas d'ictère, 6 cas de traumatismes

crâniens, 2 cas de déshydratations, 1 cas d'ostéoarthrite du coude et 1 cas de découverte d'une malformation cardiaque congénitale. Les motifs chirurgicaux (5,5 %) retrouvés sont 2 cas de sténose du pylore et un cas d'hernie inguinale. Les malaises sont pour la majorité dus à des reflux gastro-œsophagiens (14 cas), ils concernent 16 nouveau-nés âgés en moyenne de 11,4 jours dont 56,3 % de primipares. Les mauvaises prises pondérales concernent des nouveau-nés qui ont en moyenne 11,9 jours de vie, dont le rang de naissance moyen est de 2,0 et 50 % des mères sont primipares.

Le mode d'alimentation des nouveau-nés concernés est de 58,3 % d'allaitement maternel, 25 % d'allaitement mixte, 16,7 % d'allaitement artificiel. Les causes retrouvées sont des difficultés d'allaitement maternel (3 cas), des reflux gastro-œsophagiens (3 cas), des ictères (2 cas), des infections urinaires (2 cas), des diarrhées (2 cas). Les troubles digestifs concernent des nouveau-nés âgés en moyenne de 15,5 jours, dont le poids de naissance moyen est de 3 349 grammes et dont le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 1,63. 45,5 % d'entre eux sont allaités artificiellement, 45,5 % sont allaités au sein et 9 % concernent des allaitements mixtes.

Les causes retrouvées sont : 4 cas de reflux gastro-œsophagiens, 2 cas d'« accélérations du transit », 2 cas de constipations, 1 cas « transit lent » et 1 cas d'allergie aux protéines de lait de vache. Les ictères concernent des nouveau-nés âgés de 6,7 jours, dont le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 2,0 et 50 % des mères sont des primipares. 50 % des mères sont de groupe O.

Le terme moyen à la naissance est de 38 SA, le poids de naissance moyen est de 3 110 grammes avec un nouveau-né hypotrophe. Aucune anoxie périnatale ni infection néonatale ne sont observés parmi ces nouveau-nés. Quatre des nouveau-nés concernés sont d'origine africaine, asiatique ou antillaise.

Parmi ces nouveau-nés, 5 étaient nourris au sein, 1 était nourri au sein et au lait artificiel. Deux cas d'ictères étaient déjà présents à la maternité et 1 avait déjà eu de la photothérapie pendant son séjour à la maternité. Ces 6 nouveau-nés étaient tous sortis de la maternité selon une sortie standard dont 5 accompagnées soit par l'HAD soit par le PRADO.

Les 6 cas d'ictères ont nécessité de la photothérapie, 2 cas d'ictères ont été caractérisés d'ictère au lait de mère et 2 cas d'incompatibilité ABO. Deux cas d'ictères se sont accompagnés de perte de poids, d'hypotonie et de déshydratation. Les deux cas de sténose du pylore concernaient des garçons, l'un avait 9 jours de vie, l'autre 23 jours de vie. Les deux se sont accompagnés de vomissements et de prise de poids insuffisante.

LES SORTIES PRÉCOCES

Elles concernent 13 de nos nouveau-nés réhospitalisés, âgés en moyenne de 20,3 jours, dont la durée de la réhospitalisation est en moyenne de 3,6 jours, dont le terme de naissance moyen est de 39,5 jours et dont le poids de naissance moyen est de 3 423 grammes. Leur mode d'alimentation principal est l'allaitement maternel (69,2 % des cas). Les motifs de réhospitalisation sont des infections (9 cas, soit 69,2 %), des malaises (2 cas, soit 15,4 %) dont 1 suite à un reflux gastro-œsophagien, une sténose du pylore et une allergie aux protéines de lait de vache.

DISCUSSION

POINTS FORTS, LIMITES ET BIAIS

Il s'agit d'une thématique d'actualité, notamment en raison de la généralisation des sorties précoces. Notre étude portant sur les années 2016 et 2017 a permis d'éliminer le biais saisonnier et d'étudier les réhospitalisations de 6 811 naissances dans une maternité parisienne. Néanmoins, la population étudiée représente un petit échantillon et il s'agit d'une étude rétrospective, elle possède donc un faible niveau de preuve. De plus, certaines variables n'étaient parfois pas renseignées dans certains dossiers. Les biais retrouvés sont que la maternité réalise beaucoup de naissances d'enfants avec diverses pathologies (conduisant à de nombreuses hospitalisations en néonatalogie ou en cardiologie notamment) et un nombre conséquent de sorties précoces par rapport à la moyenne nationale.

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS

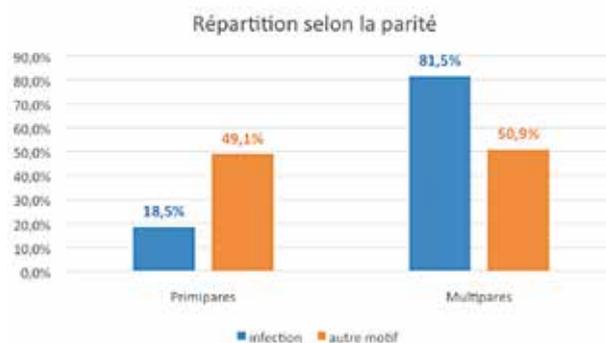
L'âge moyen des femmes de notre échantillon est significativement plus élevé que l'âge moyen des femmes à l'accouchement en 2017 en France ($p < 0,001$) et il y a significativement plus de femmes âgées de 35 ans et plus dans notre échantillon que dans la population de l'enquête nationale périnatale de 2016 ($p < 0,05$). Ces résultats sont néanmoins à confronter avec le contexte sociodémographique propre à la population parisienne. Il y avait significativement plus de multipares dans le sous-échantillon « infection » et plus de primipares dans le sous-échantillon « autre motif » ($p < 0,001$) (figure 2). Cela pourrait s'expliquer par la part importante de la notion du contage familial lors des réhospitalisations pour infection.

La présence d'une fratrie semble être un facteur de risque de réhospitalisation pour infection. La primiparité semble être de son côté un facteur de risque de réhospitalisation pour les motifs non infectieux.

Il y a plus de réhospitalisations de nouveau-nés nés entre septembre et février (56 %), et d'autant plus pour les nouveau-nés réhospitalisés pour infection (67,6 %) ($p < 0,01$).

Nous ne constatons pas d'impact du mode d'alimentation, ni de la durée de séjour. Il y a moins d'acidoses fœtales dans notre échantillon ($p < 0,05$) par rapport aux résultats de l'enquête nationale périnatale. Cette différence pourrait

FIGURE 2 > Graphique comparatif de la répartition des nouveau-nés réhospitalisés pour infection versus pour autre motif selon la parité maternelle



s'expliquer par le fait que nous n'avons pas inclus les nouveau-nés ayant effectué leur séjour dans un autre service que la maternité.

Aucune infection néonatale à la maternité n'est observée (taux nationaux 0,8 à 1 pour 1000 naissances)⁽⁵⁾. L'ictère à la maternité ayant nécessité de la photothérapie est repré-

senté dans 10,2 % des cas versus 5 % (taux national)⁽²⁰⁾. Il y a plus de nouveau-nés ayant eu un ictère à la maternité dans notre échantillon ($p < 0,01$). Nous ne constatons pas d'augmentation significative de la présence de facteurs de risque d'infection dans notre échantillon ($p > 0,05$). La prévalence des durées d'ouverture de l'œuf supérieures à 12 heures est de 16,9 versus 17 % (5) ($p > 0,05$). Celle du portage du streptocoque B en fin de grossesse est de 13,6 % dans notre échantillon versus 16,7 %⁽²¹⁾ ($p > 0,05$). L'hyperthermie maternelle durant le travail et les deux heures du post-partum concerne 3,4 % des femmes de notre échantillon, versus 2 % d'après le CNGOF⁽²²⁾.

Contrairement à une étude sur la fréquentation des urgences pédiatriques le premier mois de vie⁽¹⁶⁾ qui retrouvait la primiparité, un jeune âge maternel, une femme seule ou sans emploi comme facteurs de risque, notre étude nous a permis de mettre en lumière d'autres situations qui semblent plus à risque de réhospitalisation : l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, la multiparité pour les infections, la primiparité pour les autres motifs de réhospitalisation, l'ictère à la maternité, la naissance lors des saisons automne-hiver.

COMPARAISON AVEC LE MÉMOIRE DE 2011

Les deux échantillons sont assez homogènes (tableaux 1, 2 et 3). Hormis l'âge maternel et le mode d'alimentation, les différences ne sont pas significatives. Notre échantillon concerne des mères significativement plus âgées au moment de la naissance de leur enfant ($p < 0,001$), plus de nouveau-nés allaités au sein ($p < 0,01$). Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête nationale périnatale de 2016 qui constate qu'il y a significativement plus de nouveau-nés allaités au sein en Ile-de-France et notamment à Paris. Quant à l'âge maternel, nous pouvons suspecter qu'il existe également des disparités régionales et que la moyenne d'âge maternel au moment de l'accouchement est significativement plus élevée à Paris que dans le reste de la France.

IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude ont permis de faire émerger les motifs des réhospitalisations des nouveau-nés (âge inférieur ou égal à 28 jours) au sein de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, ainsi que les caractéristiques de ces nouveau-nés et de leur mère. Nous avons ainsi pu mettre en évidence certains facteurs qui nous semblent plus à risque de réhospitalisation. Nous pouvons alors faire un retour aux maternités et aux sages-femmes qui prennent en charge les nouveau-nés après la sortie de la maternité. Il semblerait qu'il faille renforcer notre prévention vis-à-vis de la transmission des virus et de la protection des nouveau-nés ainsi que les règles de sécurité domestique. Il serait intéressant de réaliser d'autres études, notamment prospectives et de suivre le devenir des nouveau-nés sortis précocement de la maternité et d'observer si sortir précocement de la maternité aurait un impact sur la fréquentation des urgences pédiatriques durant la période néonatale. L'intérêt à long terme serait une plus grande promotion des sorties précoces et l'adaptation la plus optimale du suivi en ville.

CONCLUSION

Les réhospitalisations des nouveau-nés au cours de leurs 28 premiers jours de vie concernent 2,52 % des nouveau-nés

TABLEAU 1 > Tableau comparatif des caractéristiques des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec celles des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

| CRITÈRES COMPARÉS | NEM 2016-2017 (N = 118) | FINISTÈRE 2011 (N = 220) | P |
|--|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| Taux de réhospitalisation | 2,52 % | 3,36 % | Test non valide |
| Âge des nouveau-nés lors de la réhospitalisation | 15,9 jours | 15,2 jours | $p > 0,05$ |
| Durée de la réhospitalisation | 3,3 jours | 4,4 jours | $p > 0,05$ |
| Âge gestationnel des nouveau-nés | 39,3 SA | 39,4 SA | $p > 0,05$ |
| Poids de naissance des nouveau-nés | 3305 g | 3367 g | $p > 0,05$ |
| pH < 7,15 | 3,4 % | 20,9 % | Test non valide |
| Apgar ≤ 5 M1 | 4,2 % | 2,7 % | Test non valide |

TABLEAU 2 > Tableau comparatif des caractéristiques maternelles des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec ceux des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

| CRITÈRES COMPARÉS | NEM 2016-2017 (N = 118) | FINISTÈRE 2011 (N = 220) | P |
|---------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| Age maternel | 34,5 ans | 28,9 ans | $p < 0,001$ |
| Primipares | 33,1 % | 36,3 % | $p > 0,05$ |
| Multipares | 66,9 % | 63,7 % | $p > 0,05$ |
| Femmes célibataires | 4,2 % | 9,6 % | Test non valide |
| Césariennes | 18,5 % | 15,6 % | $p > 0,05$ |
| Alimentation | AM : 64,7% | AM : 50,4% | $p < 0,01$ |
| | AA : 20,2% | AA : 49,6% | $p < 0,001$ |
| | Mixte : 15,1% | | |

de la maternité de Necker-Enfants-Malades. Le taux et les motifs de réhospitalisation des nouveau-nés semblent stables depuis la mise en place des sorties précoces. Les motifs de réhospitalisation sont des infections pour plus de la moitié de notre échantillon. La moitié des nouveau-nés concernés ont été infectés par un membre de leur entourage proche. Les autres motifs de réhospitalisations les plus fréquemment retrouvés sont des malaises (13 % des cas) essentiellement dus à des reflux gastro-œsophagiens, des mauvaises prises pondérales (9,8 %), des troubles digestifs (8,9 %), des ictères (4,9 %), des traumatismes crâniens (4,9 %). Les situations qui

nous semblent plus à risques de réhospitalisation néonatale sont l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, la multiparité pour les infections, la primiparité pour les autres motifs de réhospitalisation, l'ictère à la maternité, la naissance lors des saisons automne-hiver. L'accompagnement au retour à domicile présent pour 94,9 % des couples mère-enfant associé à un réseau de santé conséquent à Paris a permis à 16,1 % des nouveau-nés de sortir précocement et semble assurer la sécurité des nouveau-nés dans notre étude. La problématique aujourd'hui serait de savoir si ce système est possible dans toutes les régions de France et ce avec la même sécurité. •

TABLEAU 3 > Tableau comparatif des motifs de réhospitalisations des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec ceux des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

| MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION | NEM 2016-2017 (N = 118) | FINISTÈRE 2011 (N = 220) | P |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Causes respiratoires | 27,5% | 25,4% | p > 0,05 |
| ▪ Bronchiolites | 15,8 % | 21,3 % | p > 0,05 |
| ▪ Rhinites | 9,2 % | 1,6 % | |
| ▪ Gripes | 0,8 % | 2,0 % | |
| ▪ Pharyngites/ Rhino-pharyngites | 1,7 % | 0 % | |
| ▪ Respirations bruyantes | 0 % | 0,4 % | |
| Causes digestives | 29,2 % | 25,8 % | p > 0,05 |
| ▪ Mauvaises prises de poids | 10 % | 15,2 % | p > 0,05 |
| ▪ RGO | 15 % | 8,2 % | p > 0,05 |
| ▪ Vomissements | 0 % | 1,6 % | |
| ▪ Constipations | 2,5 % | 0,4 % | |
| ▪ Diarrhées | 1,7 % | 0,4 % | |
| Causes infectieuses | 28,3 % | 22,5 % | p > 0,05 |
| ▪ Pyélonéphrites aiguës | 8,3 % | 11,1 % | p > 0,05 |
| ▪ Viroses | 9,2 % | 2,5 % | |
| ▪ Gastro-entérites aiguës | 3,3 % | 2,0 % | |
| ▪ Méningites | 3,3 % | 1,2 % | |
| ▪ IMF tardives | 0 % | 1,6 % | |
| ▪ Autres | 4,2 % | 4,1 % | |
| Causes malformatives | 2,5 % | 8,2 % | Test non valide |
| ▪ Malformation cardiaque congénitale | 0,8 % | 2,0 % | |
| ▪ Sténose du pylore | 1,7 % | 1,2 % | |
| ▪ Autres | 0 % | 5,0 % | |
| Ictères | 5,0 % | 7,8 % | p > 0,05 |
| Autres | 7,5 % | 10,2 % | p > 0,05 |

BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé. Argumentaire scientifique. *Sortie de maternité après accouchement* [en ligne] mars 2014.
- Lode N, Maury I, Boissinot C. *Urgences vitales chez le moins d'un mois*. J Ped Puericult 2004; 17 (3): 143-50.
- O Campbell, L Cegolon, D Macleod et al. *Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle- Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys*, PlosOne Medicine, publication en ligne du 8 mars 2016. [consulté le 4 octobre 2017].
- Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. *Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. [en ligne] mars 2014.
- INSERM, DRESS. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. [en ligne] octobre 2017 [consulté le 20 janvier 2018].
- Straczek H., Vieux R. *Sorties précoces de maternité: quels problèmes anticiper?* Archives de Pédiatrie, Vol 15, 1076-1082 [en ligne] 2008.
- Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M. and all. *Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study*. BMC Health Services Research. 2016. 16: 82 DOI 10.1186/s12913-016-1300-2.
- Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S and all. *Schedules for home visits in the early postpartum period* (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. Issue 8. Art. No.: CD009326.
- Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. *Expérimentation Prado Sorties Précoces*. [en ligne] 10 mars 2015
- Kehila M., Magdoud K., Touhami O et al. *Sortie précoce en post-partum: résultats et facteurs de risque de réhospitalisation*. Pan Afr Med J. 2016; 24: 189. [en ligne] juillet 2016.
- Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. Cochrane Database Syst Rev. [en ligne] 2002.
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA. *Early discharge of the term newborn: a continued dilemma*. Pediatrics. [en ligne] 1994.
- Del Pamer. *There's no place like home*. ACMI Journal. [en ligne] 1988.
- Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. *Early hospital discharge in obstetrics*. The Lancet. [en ligne] 1962.
- Bernstein HH, Spino C, Finch S, et al. *Decision-making for postpartum discharge of 4 300 mothers and their healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study*. Pediatrics [en ligne] 2007.
- Claudet I, De Montis P, Debusson C, et al. *Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés*. Arch Pediatr [en ligne] 2012.
- Battut A. Union Régionale des Professionnels de Santé des Sages-Femmes en Ile-De France. *Sortie de la maternité, le suivi par la sage-femme libérale*. [en ligne] 17 octobre 2013 [consulté le 7 octobre 2017].
- INSEE. Statistiques. *Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017*. [en ligne] janvier 2018.
- Aude Le Goffic. *Réhospitalisation des nouveau-nés à terme durant leur premier mois de vie: étiologies et facteurs de risque: étude rétrospective descriptive menée sur 220 cas au sein des CHRU de Brest et CH de Morlaix du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011*. Gynécologie et obstétrique. [en ligne] 2013.
- Boithias C, Castel C, Foix-L'Helias L et al. *Ictère en maternité et après la sortie*. MT Pédiatrie, vol. 8, n° 5-6 [en ligne] 2005.
- Dahan-Saal J, Gérardin P, Robillard PY, et al. *Determinants of group B streptococcus maternal colonization and factors related to its vertical perinatal transmission: case-control study*. Gynecol Obstet Fertil. 39 (5): 281-8. [en ligne] 2011.
- CNGOF. *La fièvre au cours de l'accouchement*. Berland and coll. [en ligne] 1996.

UIC-P
16 rue JEAN REY
75015 PARIS

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

Vendredi 16
& Samedi 17
Novembre
2018

46^E JOURNÉES JEAN COHEN

PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2018

SAMEDI 17 NOVEMBRE 2018

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC: Infertilité - Gynécologie

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 **Infertilité : Mode de vie environnement et fertilité chez l'homme et chez la femme**

Modérateurs : Chadi YAZBECK et Florence SCHEFFLER

- Alimentation et fertilité : l'infertilité est-elle dans l'assietteCharlotte DUPONT
- Activité physique sédentarité et fertilité : faut-il bouger pour être fertile ?
.....Sophie CHRISTIN MAITRE
- Sommeil et fertilité : une nouvelle équation ?Rachel LÉVY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier Urologie

Responsable du programme : Bruno DEVAL

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 **Questions quotidiennes en gynécologie**

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Héliane MISSEY KOLB

- Que faire devant un polype de l'endomètre avant et après la ménopause
.....Philippe MERVIEL
- Que faire chez une femme jeune en insuffisance ovarienne désirant une grossesse
.....Jean-Marie ANTOINE
- Sont-elles toutes des PCO ?Geoffroy ROBIN

SALLE 203

11h00 - 12h30 : **Atelier Sage-Femme : Prévention : de la recherche à la pratique**

Responsables du programme : Catherine FOULHY, Alain PROUST

- HPV la vaccination et prévention cancer du col, vécu des étudiantes sages-femmes, NiceManon CATTET
- Le lait maternel et les contaminants, états des connaissances, institut de puériculture, ParisVirginie RIGOURD
- La position maternelle et son incidence à l'accouchement, Inserm Paris, thèse en doctoratGeraldine MEUNIER

12h30 - 13h00 **ALLOCATION DU PRÉSIDENT**

La gynécologie hormonale française à travers les âges

.....Christian JAMIN

13h00 - 14h15 **DÉJEUNER**

AMPHITHÉÂTRE

14h15 - 18h30 : **Controverses en gynécologie**

Modérateurs : Patrice LOPES et Jean-Louis BÉNIFLA

- La mammographie est-elle l'examen le plus pertinent pour dépister le cancer du sein avant 50 ans ?Carole MATHÉLIN *discutant* Marc ESPIÉ
- La GPA crime contre l'humanité ou traitement de l'infertilité utérine ?
.....Joëlle BELAISCH-ALLART *discutant* Jean-Marie ANTOINE
- Comment prendre en charge désormais les fibromes : le retour de la chirurgie ?
.....Jean-Louis BENIFLA *discutant* Nathalie Chabbert-BUFFET

16h30 - 17h00 **PAUSE - VISITE DES STANDS**

- Endométriose et fertilité après les recommandations de l'HAS 2017 : ce qui change
.....Philippe MERVIEL *discutant* Patrick MADÉLÉNAT
- Les aléas de la gratuité des soins en gynécologie : "Vous avez dit gratuité ?"
.....Israël NISAND

Session validante pour le DPC: La contraception dans tous ses états

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 **Session plénière organisé par David SERFATY et parrainée par la société francophone de contraception**

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponse

Modérateurs : David SERFATY, Hela CHELLI, M'Hamed BOUZEKRINI, Blandine THIEBA-BONANE

- Comprendre et traiter les saignements irréguliers sous contraception progestative pureGeoffroy ROBIN
- Qu'est-ce que le mini DIU-Cu Veracept® ? David SERFATY
- De la difficulté d'informer en contraceptionElisabeth AUBENY
- Contraception en France : Génération « You Tube »Hortense BAFFET
- Fake News en contraception et leurs conséquencesDavid SERFATY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : **Atelier le sein**

Responsable du programme : Marc ESPIÉ

10h30 - 11h00 **PAUSE - VISITE DES STANDS**

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 : **Session plénière : Contraception (suite)**

- Prophylaxie du VIH : Condom ou PrEP ?Philippe FAUCHER
- Qu'est-ce que le DIU-PP ?Blandine THIEBA-BONANE
- Mycoplasma Genetalium : à dépister systématiquement chez les sujets à risque avant DIUJean-Marc BOHBOT
- Contraception hormonale et risque de cancer du sein après l'étude prospective danoise en 2017 : Que conclure ?Marc ESPIÉ

SALLE 203

11h00 - 12h30 : **Atelier psychosomatique : gynécologues et patientes, la relation a-t-elle changé ?**

Responsables du programme : Michèle LACHOWSKY et Diane WINAVER

- Le mot des Présidentes
- La consultation :
 - ContraceptionDanielle HASSOUN
 - GrossesseAlain PROUST
 - MénopauseCatherine FOHET



Journées organisées par le Centre de Formation
des Editions ESKA
CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS
Adeline MARÉCHAL - Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr - Site : www.eska.fr