	Procédure Accouchement Accompagné à Domicile dans le RP2S		
	ANNEXES		
Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S)	www.rp2s.fr Onglets : protocoles et procédures	Rédaction initiale : Groupe de travail RPAI Mise à jour : groupe de travail RP2S Validation : Comité scientifique RP2S juin 2023	36 pages

ANNEXE I	Document d'information AAD pour les professionnels – FFRSP.....	2
ANNEXE II	Document d'information général AAD pour les familles – FFRSP.....	7
ANNEXE III	Fiche Accessibilité et organisation du lieu d'accouchement	15
ANNEXE IV	Lettre d'information patiente en cas de non-éligibilité à l'AAD	6
ANNEXE V	Fiche de pré-identification « patiente remarquable » SAMU – ANA.....	17
ANNEXE VI	Fiche de pré-identification « patiente remarquable » SAMU – AAD	19
ANNEXE VII	Fiche synthèse – Partogramme – Surveillance post partum.....	21
ANNEXE VIII	Fiche de transfert nouveau-né.....	26
ANNEXE IX	Fiche Matériel minimal pour un accouchement à domicile.....	27
ANNEXE X	Modalités de commande des carnets de santé	29
ANNEXE XI	Check-list « Message d'alerte au SAMU ».....	30
ANNEXE XII	Document d'information sur les dépistages néonataux pour les familles – FFRSP	32
ANNEXE XIII	Tableau de recueil d'activité mensuel ou annuel	36

A destination des professionnels de santé

ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ A DOMICILE



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

Vous recevez en consultation une femme qui a un projet d'AAD.

Afin de respecter son libre choix et garantir au mieux sa sécurité ainsi que celle de son enfant, nous vous encourageons à :

**Adopter une posture
de "non jugement"
et de bienveillance**

Cette posture est attendue de tous les professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. Le libre choix de la patiente est à respecter et une bonne communication avec la patiente et le professionnel adresseur est à favoriser.

Etre dans une dynamique de gestion des risques

En acceptant de recevoir ces femmes.

En leur constituant un dossier médical.

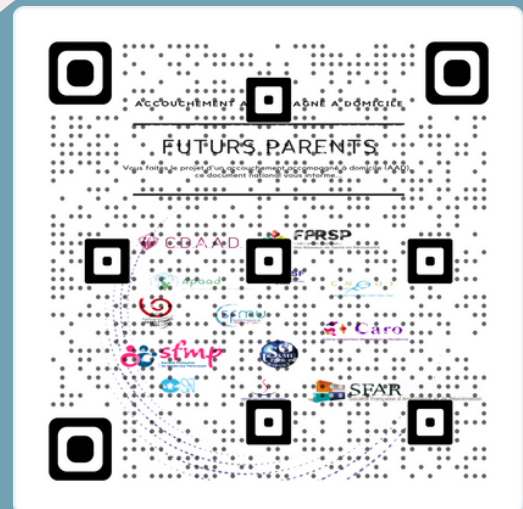
Et en leur délivrant :

- une information générale adaptée : un document national validé par un groupe de travail est à votre disposition.

[CLIQUER ICI POUR ACCEDER AU DOCUMENT COMPLET](https://www.canva.com/design/DAFyLvt1jP4/n8dOTvls3m8vjebALMEKsA/view?utm_content=DAFyLvt1jP4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=editor)

https://www.canva.com/design/DAFyLvt1jP4/n8dOTvls3m8vjebALMEKsA/view?utm_content=DAFyLvt1jP4&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=editor

ou flasher ce code QR :



Il est à remettre à la patiente et une lecture accompagnée doit être proposée. La patiente doit aussi pouvoir vous contacter, vous ou un membre de votre équipe, si elle a des questions dans les suites de la consultation.

- Une information médicale spécifique adaptée à la situation de la patiente.

Concernant le niveau de responsabilité engagée

La responsabilité d'un professionnel de santé est susceptible d'être recherchée dès qu'il participe à la prise en charge d'un patient, que ce soit pour un acte de diagnostic, de soin ou de prévention.

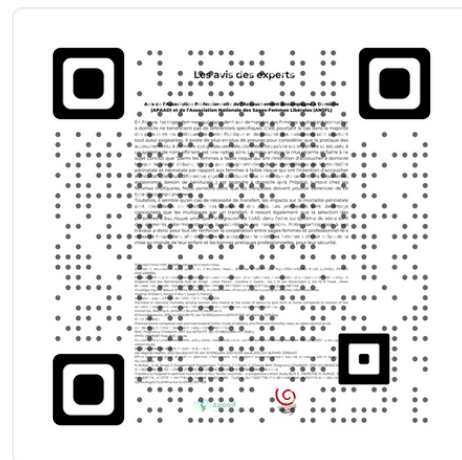
Le défaut d'information est le motif le plus souvent pointé lors des plaintes ou réclamations : **nécessité de retracer par écrit l'ensemble de l'information donnée et d'adapter l'information au regard de la situation particulière de la patiente** (pas seulement une remise de document à la patiente, même s'il y a un intérêt majeur à l'utilisation d'un document formalisé).

A noter que l'obligation d'information existe même si le professionnel de santé ne fait qu'accueillir la patiente.

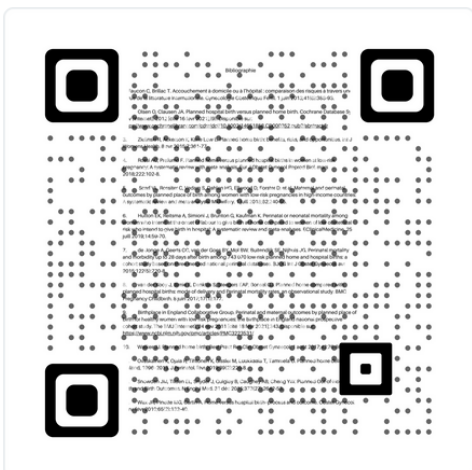
Enfin, un établissement de santé ne peut pas refuser la prise en charge en urgence d'une femme (sur le point d'accoucher ou en cours d'accouchement) sauf s'il n'y a plus de place, auquel cas l'équipe de soins doit organiser la réorientation de la patiente.

Si le SAMU est contacté, le médecin régulateur décidera de l'engagement des moyens d'intervention appropriés.

Pour aller plus loin ...



Retrouver tous les avis
des sociétés savantes



Retrouver toute la
bibliographie en
flashant ce QR code



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ A DOMICILE

FUTURS PARENTS

**Vous faites le projet d'un accouchement accompagné à domicile
ce document national vous informe...**



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

Un groupe de travail autour de la gestion des risques de l'Accouchement Accompagné A Domicile (AAD), piloté par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) et regroupant les instances suivantes : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD), Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO), Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile (CDAAD), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), SAMU Urgences de France, Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) et Société Française de Néonatalogie (SFN), souhaite porter à votre connaissance :



LE CONTEXTE FRANÇAIS ACTUEL

L'accouchement accompagné à domicile (AAD) par un professionnel de la naissance, sage-femme (SF) ou médecin, **ne bénéficie, en France, d'aucune loi spécifique, d'aucune obligation organisationnelle nationale, ni d'aucune recommandation professionnelle pour sa pratique.**

Des documents ont été produits par des associations de professionnels comme l'Association Nationale des SF Libérales (ANSFL) qui a établi « une charte de l'accouchement à domicile » et l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) qui propose à ses SF adhérentes des référentiels de pratiques.



LA NECESSITE D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR UNE SF OU UN MEDECIN DIPLOME :

Dans ce contexte, il est primordial de pouvoir vérifier que la personne qui vous accompagne est bien une sage-femme ou un médecin inscrit au tableau de son conseil de l'ordre.

Les professionnels pratiquant des AAD n'ont pas la possibilité de bénéficier d'une assurance professionnelle pour cette pratique.

Si un préjudice est reconnu par la justice et que la responsabilité du professionnel (SF ou médecin) est engagée, que ce soit pour la mère ou le nouveau-né, une compensation financière pourrait être attribuée à la famille. Cependant, l'absence d'assurance pourrait rendre plus difficile son versement.

DONNEES DE L'APAAD :

Le rapport annuel de l'APAAD est la seule source de données existante concernant l'AAD en France et sa méthodologie n'est pas certifiée. Les données sont **recueillies et traitées par l'association à partir des éléments transmis par les SF volontaires, sans garantie d'exhaustivité.**

Selon le dernier rapport établi en 2023 avec les données de 2018 à 2022 :



Environ 90 SF pratiquent l'AAD



5 186 femmes ont accouché à domicile en 5 ans (0,14% des naissances vivantes françaises)

Ces femmes sont en grande majorité à bas risque obstétrical (tout au long de leur grossesse et de leur accouchement), c'est-à-dire qu'elles **ne sont porteuses d'aucune pathologie**, liée ou non à la grossesse, et le fœtus ne présente aucune **anomalie dépistée**. **Le début de travail a lieu à la période attendue d'une naissance normale (naissance dite à terme) avec un fœtus se présentant la tête vers le bas.**

Un transfert vers une maternité peut s'avérer nécessaire avant, pendant ou après la naissance. Il peut être fait à la demande de la femme ou pour des raisons médicales plus ou moins urgentes impliquant parfois le recours aux services d'urgence.

Selon le rapport de l'APAAD, en 5 ans :



sur 5962 prises en charge pour un AAD



15,6% des femmes ont été transférées vers une maternité avant ou après l'accouchement.



et 1,2% des nouveau-nés.

Concernant les complications :



Chez la mère, la principale à craindre est celle de l'hémorragie du post-partum (après la naissance). Sa forme la plus sévère, avec une perte de sang supérieure à 1 litre, aurait concerné 1,6% des femmes ayant accouché à domicile entre 2018 et 2022 selon l'APAAD.

Chez le nouveau-né, des gestes de réanimation (aide pour respirer, soutien du fonctionnement du cœur) ont été nécessaires dans 1,2% des cas.



Une situation proche qui peut être analysée, sans toutefois être totalement comparable, est celle des femmes accouchant en Maison de Naissance (MDN). Il existe, pour complément d'information, un rapport publié par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) qui est exhaustif et dont la méthodologie est validée au niveau national.

Consultez le rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en Maisons de Naissances en France de novembre 2019, en flashant le QR code ou à l'adresse ci-dessous :



<https://ffrsp.fr/2023/11/21/rapport-detude-sur-la-qualite-des-soins-prodigues-en-maisons-de-naissance-en-france/>

DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE



La littérature étrangère montre moins d'interventions médicales chez les femmes accouchant à domicile par rapport à celles accouchant en maternité, notamment chez les femmes ayant déjà eu au moins un enfant, mais rapporte un surrisque de complications, parfois graves, chez le nouveau-né.

Ces résultats ne peuvent être totalement transposables à notre pays car l'organisation des soins est différente. Concernant les pratiques françaises, il existe peu de publications et elles sont de faible niveau de preuve (le niveau de preuve est la capacité à répondre à la question posée ; il se classe en 3 niveaux : fort, intermédiaire et faible).

Retrouvez toute la bibliographie en flashant le QR code ou à l'adresse ci-dessous :



https://www.canva.com/design/DAFVL5OCSyU/-svfQq0KzPjAVI1yepk2NQ/view?utm_content=DAFVL5OCSyU&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink

LA CONCLUSION DES SIGNATAIRES DE CE DOCUMENT D'INFORMATION

Le petit nombre d'AAD en France, la relative rareté des événements de santé graves chez la mère ou le nouveau-né et la sélection des patientes ne permettent pas d'évaluer le risque pour la femme. **Il est toutefois important de préciser qu'en cas de complication(s), pour la mère ou le nouveau-né, le délai d'accès à des moyens humains et matériels hospitaliers adaptés majeure le risque que cette complication soit grave ou mette en jeu le pronostic vital.**

L'ensemble des signataires de ce document œuvrant conjointement à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge pour toutes les femmes et leur nouveau-né, un consensus a été trouvé pour que la liste des consultations et examens recommandés pour toute grossesse à bas risque soit complétée de recommandations complémentaires spécifiques à un projet d'AAD. Ces éléments apparaissent **en gras** :



Les 8 consultations anténatales recommandées par la HAS (avant 8 semaines de grossesse (SG), avant 13 SG, puis tous les mois du 4^{ème} au 9^{ème} mois)

Le bilan de prévention prénatal



L'entretien prénatal précoce dès le 4^{ème} mois

Les 7 séances de préparation à la naissance et la parentalité



Les 3 échographies (une à chaque trimestre de grossesse)

Les examens de biologie suivants :

- Groupe sanguin,
- Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) (6^{ème} et 8^{ème} mois)
- Hémogramme au 6^{ème} mois
- Prélèvement vaginal au 8^{ème} mois à la recherche du portage de streptocoque B
- Bandelette urinaire et glycosurie/protéinurie tous les mois
- Sérologies de la toxoplasmose/rubéole/hépatites B et C/VIH/syphilis
- +/- Hyperglycémie provoquée orale (dépistage du diabète gestationnel)



La consultation d'anesthésie entre les 7^{ème} et 8^{ème} mois de grossesse dans la maternité la plus proche (celle où serait transférée la patiente)

La consultation avec une sage-femme ou un gynécologue obstétricien dans la maternité la plus proche (celle où serait transférée la patiente) au 8^{ème} mois pour ouverture d'un dossier et information



L'entretien postnatal précoce entre les 4^{ème} et 8^{ème} semaines suivant l'accouchement.

Votre projet de naissance est une démarche de discussion et d'échanges entre vous et les différents professionnels de santé participant à votre suivi de grossesse. Il doit être explicité clairement auprès de ces professionnels dès le début des consultations. Il est susceptible d'évoluer en fonction de vos souhaits et de votre état de santé afin de répondre au mieux à vos attentes en garantissant la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

L'AVIS DES SOCIÉTÉS SAVANTES et AUTRES STRUCTURES FRANÇAISES IMPLIQUÉES :

L'ensemble des membres du groupe de travail est engagé dans l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins de toutes les femmes et leurs nouveau-nés.

Cependant, le CARO, la SFAR, le CNPAR, le CNOM, la SFMP, le CNGOF, le SFN, la SFMU, la SUDF et la FFRSP ne font pas la promotion de l'AAD.

Avis de l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) et de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)

En France, les sages-femmes qui répondent aux demandes des femmes souhaitant accoucher à domicile ne bénéficient pas de référentiels spécifiques. C'est pourtant le cas dans la majorité des pays dont les politiques de Santé Publique et de sécurité des naissances sont pourtant tout aussi exigeantes. Il existe de plus en plus de preuves pour considérer que la pratique des accouchements à domicile des grossesses sélectionnées, lorsqu'elle est organisée et adossée à un système de soins efficient, est une option sûre. La méta-analyse la plus récente et fiable à ce sujet conclut que "parmi les femmes à faible risque qui ont l'intention d'accoucher à domicile lorsque le travail débute, il n'y a pas d'augmentation de la mortalité ou de la morbidité périnatale et néonatale par rapport aux femmes à faible risque qui ont l'intention d'accoucher à l'hôpital". De plus, différentes études concluent que le nombre d'interventions (césarienne, épisiotomie, besoin de péridurale...) est moindre à domicile qu'à l'hôpital, surtout chez les femmes multipares. Nous pensons donc que les françaises doivent pouvoir bénéficier de ce type d'accompagnement. Toutefois, il semble qu'en cas de nécessité de transfert, les impacts sur la mortalité périnatale sont discordants en fonction des études et des pays. Les primipares sont davantage concernées que les multipares par un transfert. Il ressort également que la sélection des personnes à bas risque ainsi que l'intégration de l'AAD dans l'offre du système de soins sont des éléments déterminants pour la sécurité de ces naissances. Notre participation à ces travaux a donc pour but de renforcer la coopération entre sages-femmes et professionnel-le-s de santé hospitaliers, afin de mettre en adéquation le droit des femmes à choisir le lieu de la mise au monde de leur enfant et les bonnes pratiques professionnelles, pour leur sécurité.



Avis du Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile (CDAAD) :

Il est primordial qu'en France, les familles aient la possibilité de choisir le lieu et le mode de naissance de leur enfant et d'être accompagnées dans leur projet.

La demande de l'AAD est en forte hausse et répond à des attentes claires des familles concernant les conditions d'accueil de leurs enfants. **Nos savoirs expérimentiels d'usager.es** nous permettent d'affirmer que les bienfaits de l'accouchement à domicile sont multiples : **sentiment de sécurité physique et émotionnelle, liberté de mouvement, connaissance et confiance de son corps, qualité de l'Accompagnement Global à la Naissance par la même sage-femme, mise en place de l'allaitement facilitée, interventions médicales réduites et justifiées, récupération en post-partum rapide avec réduction du taux de dépressions du post-partum.**

Chacun.e est à même d'apprécier la balance bénéfico-risque et son choix doit être respecté.

Nous encourageons les parents à prendre leur décision en conscience, à partir d'une information neutre et éclairée, fondée sur des sources fiables et délivrées par des professionnels de santé à même de garantir la sécurité physique et affective de la mère et de l'enfant. Ces professionnels de santé se doivent d'accueillir vos choix et de répondre à vos questions à partir des données scientifiques à leur disposition. Un dialogue réel et une écoute mutuelle sont essentiels à l'élaboration d'un projet de naissance qui conjugue les besoins des familles et les éléments médicaux de leur dossier, conformément à la loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Dans un contexte général de réappropriation de leur corps par les usager.es, reconnaître la demande d'AAD contribue à la démocratie en santé. S'engager en faveur d'alternatives à l'accouchement médicalisé, notamment à travers l'Accompagnement Global à la Naissance et l'Accouchement à Domicile, nous semble le signe annonciateur d'un progrès sociétal majeur.

Le CDAAD salue le travail effectué et l'effort des sociétés savantes d'ouvrir la discussion autour de l'AAD. Nous espérons que ce document ne soit que le premier pas vers une intégration pleine et entière de l'AAD au parcours de soin.

Vous souhaitez en savoir plus sur l'Accompagnement Global à la Naissance et l'Accouchement Accompagné à Domicile ? Vous pouvez consulter notre site internet : www.cdaad.fr et [adhérer à l'association](#).



Avis des Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), SAMU Urgences de France (SUDF), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et Société Française de Néonatalogie (SFN) :

« Notre participation à ce travail collaboratif a pour but d'optimiser l'information et les prises en charge des patientes ayant en projet un AAD. En aucun cas, notre participation à ces réflexions et documents ne doit être assimilée à une validation ou à une intention de promouvoir l'AAD.

Comme pour tous les accouchements, des complications non prévisibles peuvent survenir pour la mère et pour l'enfant à leur domicile. L'éloignement de la maternité, le peu de moyens disponibles sur place et la nécessité d'un transport sont des éléments de retard pour une prise en charge efficace. Le retard à la prise en charge est l'un des éléments majeurs de morbidité et mortalité maternelle et fœtale. Notre mission de praticiens est d'œuvrer pour que toutes les patientes aient accès aux soins dont elles ont besoin dans les délais les plus courts.

Pour la mère, l'hémorragie du post-partum survient dans environ 10% des accouchements sans qu'elle puisse être facilement prévisible. La rapidité et l'intensité de sa prise en charge sont les facteurs pronostiques de cette complication potentiellement mortelle. Même si une prise en charge est initiée à domicile, les moyens disponibles seront insuffisants.

Pour l'enfant, le risque de décès périnatal est environ deux fois et demi plus élevé en cas d'accouchement à domicile que lors d'un accouchement en milieu hospitalier (soit de l'ordre de 0,4%) et ce, même si la mère et le fœtus sont à bas risque en début de travail. Les risques de transfert de l'enfant en réanimation ou soins intensifs sont également significativement accrus quel que soit le niveau de risque initial. »



Avis du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) :

Le CNSF salue l'initiative de la mise en place de préconisations de coordination entre professionnels impliqués autour de l'accouchement à domicile (AAD), car ces préconisations vont dans le sens d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les femmes et leurs enfants.

Chez les femmes sans facteur de risque obstétrical, les événements défavorables graves existent mais restent rares. Voilà pourquoi nous préconisons, pour les limiter, que les femmes qui souhaitent accoucher à domicile soient identifiées sans facteur de risque obstétrical, qu'elles bénéficient pendant la grossesse, le travail et l'accouchement d'un accompagnement par des sages-femmes formées à cet exercice et qu'une procédure de transfert en cas de risque de complication ait été établie entre les parents, la sage-femme et la maternité la plus proche du domicile.



ANNEXE III

Accessibilité et organisation du lieu d'accouchement

La sage-femme (SF AAD) effectue une visite pendant la grossesse, du lieu où se déroulera l'accouchement, pour évaluation des critères d'accessibilité et d'organisation.

- Le domicile doit être accessible par la sage-femme et les véhicules de secours (ambulance, SMUR...). Ce critère sera réévalué le jour de l'accouchement en cas de contraintes exceptionnelles (neige, boue, travaux...).
- Afin que le domicile soit accessible aux véhicules de secours (ambulance, SMUR...) et à la SF, il est demandé à la famille de prévoir, dans la mesure du possible, un espace pour stationner les véhicules.
- Le lieu de la naissance sera privilégié au rez-de-chaussée. Si le logement est en étage, l'escalier ou l'ascenseur doit permettre impérativement le passage d'un brancard (transport allongé).
- La pièce où est prévu l'accouchement doit être suffisamment grande et pouvoir être suffisamment éclairée afin de permettre des soins d'urgence. Elle doit pouvoir être chauffée pour la naissance afin de prévenir le risque d'hypothermie du nouveau-né.
- Prévoir une table de taille et hauteur correctes afin de pouvoir réaliser, si nécessaire, la réanimation néonatale.
- Le temps de trajet maximum entre le lieu de réalisation de l'ADD et établissement de soins de référence doit être d'environ 30 minutes.
- Le jour où la patiente se met en travail, la sage-femme évalue si elle peut se rendre au domicile de la patiente dans un délai raisonnable et la réoriente vers la maternité de référence le cas échéant. Le délai d'arrivée de la sage-femme lors de l'appel de la femme est multifactoriel. Retenir un temps de trajet maximum entre le lieu de réalisation de l'AAD et le cabinet de la sage-femme ou son lieu de résidence ne semble pas pertinent. Par exemple, la sage-femme peut se trouver ailleurs qu'à son cabinet ou chez elle au moment de l'appel (au domicile d'une autre patiente, déplacement personnel...). Dans ces conditions, il appartient à la sage-femme, au moment de l'appel, d'estimer son délai effectif d'arrivée sur le lieu d'accouchement et d'évaluer avec la patiente la compatibilité avec le stade du travail (cf [score de Malinas](#) si besoin). En cas de délai de disponibilité déraisonnable par rapport au stade présumé du travail, la sage-femme oriente la femme/le couple vers la maternité de référence par ses propres moyens ou après appel du SAMU si besoin. Pour rappel, afin d'éviter les accouchements inopinés (à domicile, sur la route...), la loi prévoit la possibilité d'un hébergement temporaire non médicalisé pour les femmes domiciliées à plus de 45 minutes de la maternité adaptée la plus proche.

Lettre d'information à destination de la patiente/du couple en cas de non éligibilité à un Accouchement Accompagné à Domicile (AAD)

Madame, Monsieur,

Au cours de la consultation avec _____ sage-femme(s) vous avez reçu des informations précises sur l'Accouchement à domicile Accompagné.

Il vous a été expliqué de façon compréhensible les raisons pour lesquelles vous n'êtes pas ou plus éligible à un projet d'accouchement à domicile accompagné par cette/ces sage(s)-femme(s) :

Vous avez été clairement informés(e) des autres possibilités qui vous sont offertes pour votre accouchement :

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Nom Patiente : _____

Prénom : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Signature de la patiente ou du couple

Signature de la /des sages-femmes

ANNEXE V : Fiche de pré-identification SAMU
Patiente remarquable
Accouchement prévu à domicile et Non Accompagné (ANA)

I. Information nécessaire au SAMU

A. Patiente :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone patiente :

B. Adulte référent prévu :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de téléphone de référence pour le SAMU :

Maternité de référence :

Nom de la ou les sage(s)-femmes(s) libérale(s) référente(s) :

.....

.....

.....

C. Dossier médical :

Terme prévue de l'accouchement :

Antécédents

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Allergies :

Parité

Déroulement de la grossesse :

Motif(s) de non éligibilité à l'AAD :

II. Fin de signalement :

La patiente a accouché le

A domicile

Au sein de la maternité suivante :

ANNEXE V : Fiche de pré-identification SAMU Patiente remarquable Accouchement prévu à domicile et Non Accompagné (ANA)

III. Comment signaler :

- ✓ Cette fiche est remplie par la sage-femme libérale avec l'accord de la patiente, au cours de la grossesse (idéalement 8^{ème} mois).
- ✓ Elle est ensuite transmise par la sage-femme libérale au centre de régulation du SAMU du département du domicile de la patiente par voie postale ou messagerie sécurisée (cf coordonnées ci-dessous).
- ✓ Elle sera archivée au sein du centre de régulation du SAMU.
- ✓ Après la naissance, la sage-femme libérale informe le centre de régulation du SAMU où a été archivée la fiche que l'accouchement a eu lieu (y compris si l'accouchement a eu lieu à la maternité).
- ✓ Dès information, le centre de régulation détruit la fiche.

Coordonnées pour la transmission de la fiche pré-identification au centre de régulation :

- **SAMU 73**

A l'attention des superviseurs de la régulation
Secrétariat du SAMU 73
Centre Hospitalier Métropole Savoie
BP 31125
73011 CHAMBERY Cedex
☎ 04 79 68 13 22

- **SAMU 74**

Messagerie sécurisée MonSISRA :

- cecile.kerouredan@ch-annecygenevois.aura.mssante.fr
- thierry.roupioz@ch-annecygenevois.aura.mssante.fr

Adresse postale :

A l'attention du Dr Cécile Kerouredan ou du Dr Thierry Roupioz
Secrétariat du SAMU 74
Centre Hospitalier Annecy Genevois – Site d'Annecy
1 avenue de l'hôpital
74370 Epagny Metz-Tessy
☎ 04 50 05 51 19

- **SAMU 01**

A l'attention des superviseurs de la régulation et du chef de service
Secrétariat du SAMU 01
Hôpital de Fleuryriat - Bâtiment PMTL
900 Rte de Paris
01012 BOURG-EN-BRESSE
☎ 04 74 45 46 27

I. Information nécessaire au SAMU

A. Patiente :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- N° de téléphone patiente :

B. Adulte référent prévu :

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- N° de téléphone :

C. SF libérale(s) référente(s) :

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| - Nom N°1 : | - Nom N°2 : |
| - Prénom : | - Prénom : |
| - Adresse : | - Adresse : |
| - ☎ sage-femme libérale : | - ☎ sage-femme libérale : |

N° de téléphone de référence pour le SAMU :

Maternité de référence :

D. Dossier médical :

- Terme prévue de l'accouchement :
- Antécédents
- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Allergies :
- Parité :
- Déroulement de la grossesse :

II. Fin de signalement :

La patiente a accouché le

- A domicile**
- Au sein de la maternité suivante :**

III. Comment signaler :

- ✓ Cette fiche est remplie par la sage-femme libérale avec l'accord de la patiente, au cours de la grossesse (idéalement 8^{ème} mois).
- ✓ Elle est ensuite transmise par la sage-femme libérale au centre de régulation du SAMU du département du domicile de la patiente par voie postale ou messagerie sécurisée (cf coordonnées ci-dessous).
- ✓ Elle sera archivée au sein du centre de régulation du SAMU.
- ✓ Après la naissance, la sage-femme libérale informe le centre de régulation du SAMU où a été archivée la fiche que l'accouchement a eu lieu (y compris si l'accouchement a eu lieu à la maternité).
- ✓ Dès information, le centre de régulation détruit la fiche.

Coordonnées pour la transmission de la fiche pré-identification au centre de régulation :

- **SAMU 73**

A l'attention des superviseurs de la régulation
Secrétariat du SAMU 73
Centre Hospitalier Métropole Savoie
BP 31125
73011 CHAMBERY Cedex
☎ 04 79 68 13 22

- **SAMU 74**

Messagerie sécurisée MonSISRA :

- cecile.kerouredan@ch-annecygenevois.aura.mssante.fr
- thierry.roupioz@ch-annecygenevois.aura.mssante.fr

Adresse postale :

A l'attention du Dr Cécile Kerouredan ou du Dr Thierry Roupioz
Secrétariat du SAMU 74
Centre Hospitalier Annecy Genevois – Site d'Annecy
1 avenue de l'hôpital
74370 Epagny Metz-Tessy
☎ 04 50 05 51 19

- **SAMU 01**

A l'attention des superviseurs de la régulation et du chef de service
Secrétariat du SAMU 01
Hôpital de Fleyriat - Bâtiment PMTL
900 Rte de Paris
01012 BOURG-EN-BRESSE
☎ 04 74 45 46 27

ANNEXE VII

Fiche de synthèse – Partogramme – Surveillance post-partum

NOM de la patiente		Date	Terme	NOM de la SF AADP										
Heures														
Mobile	10													
	9													
Appliquée	8													
	7													
Fixée	6													
	5													
Engagée	4													
	3													
Excavation	2													
	1													
Engagée	0													
Dilatation														
RdB														
Accélérations														
Décélérations														
Présentation														
Col / PDE														
CU														
État maternel														
Posture														
T°C/TA/pls														
Miction														
TTT/actes														

ANNEXE VII

Fiche de synthèse – Partogramme – Surveillance post-partum

Feuille de surveillance maternelle en post-partum immédiat

Heure	TA	Pouls	Température	Globe utérin	Saignements	Bébé : coloration, température, comportement, alimentation, ...	Commentaires

ANNEXE VII

Fiche de synthèse – Partogramme – Surveillance post-partum

Feuille de surveillance du nouveau-né à terme sain en peau à peau pendant les 2 premières heures de vie (cf protocole RP2S : [Peau à peau en salle de naissance – juin 2019](#))

Heure de vie	0h15	0h30	0h45	1h00	1h15	1h30	1h45	2h00
Température								
Coloration								
Respiration								
Fréquence cardiaque								
Geignements								
Tonus Comportement								
Le peau à peau sera interrompu à tout moment en cas de signe clinique anormal et un transfert vers la maternité de recours sera envisagé si nécessaire.								

Score de Silverman (si besoin + [cf protocole RP2S « Détresse respiratoire du nouveau-né – Prise en charge en salle de naissance](#))

Critère	Cotation		
	0	1	2
Balancement thoraco-abdominal	Absent (Respiration synchrone)	Thorax immobile (l'abdomen seul se soulève)	Respiration paradoxale
Tirage	Absent	Intercostal discret	Intercostal, sus et sous sternal
Entonnoir Xiphoïdien	Absent	Modéré	Intense
Battement des ailes du nez	Absent	Modéré	Intense
Geignement expiratoire	Absent	Perçu au stéthoscope	Audible, continu

Minute ou heure de vie									
Score Silverman									

Cellule Régionale des Transferts Périnataux Rhône-Alpes

04.72.12.17.93 Fax : 04.72.11.91.65 crtpra@chu-lyon.fr

--

Date :	Heure d'appel : h	Date du transfert :	Dossiers Associés
DEMANDEUR		RECEVEUR	
Etablissement:		Etablissement :	
Pédiatre :		Code Postal des Parents :	
Tel :		Transporteur : Vecteur 1 / Vecteur 2 / SAMU 69 - 42 - 38 - 73 - 74 - 26 - 07 - 01	

DOSSIER TNN MEDICAL -CONFIDENTIEL

NOM : _____	Prénom : _____	Age Gesta. : __SA__j	Né(e) le : _____ à _____ h
MATERNITE D'ORIGINE : _____		MATERNITE DE NAISSANCE : _____	

MERE : NOM : _____, Gestité Parité, Âge =..... Toxo: + - Rubéole: + - ; HIV: + -
 GROUPE SANGUIN : _____ RAI : + - Hépatite B: +/-/vaccinée ; Hépatite C : + -
 ATCDS PERSONNELS : _____ Syphilis : + -
 Tabagisme : *oui non* ; Alcool : *oui non* ; Toxicomanie : *oui non* type :

PERE : NOM : _____, Age = _____ Atcfs personnels :

ATCDS OBSTETRICAUX et/ou DES ENFANTS PRECEDENTS : Consanguinité : *oui non*

Grossesses précédentes (y compris IVG, FC)	1	2	3	4	5
Date					
Poids de naissance					
Terme					

PMA : *oui / non* Type : _____ **GROSSESSE MULTIPLE :** *oui / non* **Type :** BCBA / MCBA / MCMA /.....

DIAGNOSTIC ANTENATAL :

Cs auprès d'un Centre Pluridisciplinaire : *oui / non* Motif :

PLA / PVC : *oui non* date : _____ Résultat :

RCIU : *oui non* ; Malformations dépistées :

PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE : OUI NON

Si OUI Hospitalisation : *oui non* date(s) :

Transfert : *oui non* date(s) :

MAP : depuis : _____ traitée par :

RPM : date

Toxémie / Pré-éclampsie / Eclampsie / HELLP Sd / Diabète gesta / Autre

PV et PORTAGE STREPTO B NON / OUI / INCONNU

CORTICOIDES OUI / NON date

ANTIBIOTHERAPIE : OUI / NON Nb de doses :

ACCOUCHEMENT :

ANESTHESIE : AG péri rachi aucune

Travail *spontané / provoqué* indication :

Rupture des membranes : *spontanée / artificielle* durée : _____ **LA :** Clair / Méconial / Teinté

RCF : Normal /Patho **Hyperthermie maternelle :** *oui / non*

Mode d'accouchement VB *spontanée / césarienne avt travail / césarienne pdt travail/ forceps/ ventouse*

Indication :

Présentation : Céphalique / Siège / Transverse

Ph Cordon Veineux : Lactates :

Artériel : Lactates :

NOM du TRANSFERE (e) : _____

Ce jour, AGC _____ Et J _____

ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE :

POIDS : _____ **Poids du jour :** _____

Réanimation effectuée par :

Aspirations : Pharyngée Trachéale (laryngo)

MCE : oui / non **Adrénaline :** oui / non

Ventilation:

MASQUE / NEOPUFF oui / non **durée :**

Oxygène : oui / non % : **durée :**

Puis **HOOD / SAC / LUNETTES**

CPAP / BIPAP / INTUBATION

À de vie PEEP : **FiO₂ :**

SIT n° Repère : **P :** **Fréq :**

Voie d'abord : KTVO / VVP en place / en cours

.....

DEXTRO = fait à mn de vie

APGAR :

1 min 3 min 5 min 10 min

Cœur				
Respiration				
Tonus				
Réflexes				
Couleur				
TOTAL				

SILVERMAN :

à ...minminmin

Battement ailes nez 0/1/2			
Tirage intercostal 0/1/2			
Entonnoir xiphoïdien 0/1/2			
Balancement thoracoabdo 0/1/2			
Geignement 0/1/2			
Total			

THERAPEUTIQUES ADMINISTREES :

Surfactant oui / non **Bicar** oui / non

SG 10% Bolus Oui / Non **vitesse :**

ATB : Clamoxyl / Claforan / Amiklin

REPLISSAGE : NaCl / G5 / G10 / G7.5

AMINES : DOBU / Adr / NA / DOPA

ETAT HEMODYNAMIQUE :

	TA (PAM)	FC	FR	SaO₂ sous ... %
A (.....)
Au (.....)

CRITERES D'HYPOTHERMIE :

- AG \geq 36 SA et Poids de N \geq 1 800g
- Réa en cours à 10min de vie
- PH inf à 7 avt H1 de vie
- BE < - 16mmol/L ou Lactates > 11 avant H1
- Apgar inf 5 à 5min
- Sarnat II ou III

TEMPERATURE à la naissance :

Avant départ :

URINES : *Oui Non* **MECO :** *Oui Non*

SONDES : *choane droite choane gauche estomac*

ALLAITEMENT MATERNEL SOUHAITE : *Oui Non*

PARA CLINIQUE:

Gaz du sang : _____

- Radio : _____
- Bio : NFP : _____ CRP : _____ LG : _____ Autre _____

MOTIF DE TRANSFERT / EVOLUTION :

HEURE DE DEPART :

HEURE D'ARRIVEE :

Fiche Matériel minimal pour un accouchement accompagné à domicile

Mère		
Surveillance et soins de base	Urgence	Hygiène / autres
<p><u>Surveillance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensiomètre - Oxymètre de pouls / saturomètre - Thermomètre - Lecteur de glycémie - Bandelette urinaire - Amnio-test + speculum - Monitoring fœtal – Doppler fœtal - Chronomètre - Balance pour peser les pertes sanguines - Lumière frontale <p><u>Accouchement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pincés Kocher (x3) - Paire de ciseaux stériles (x2) - Clamp de bahr stérile (x2) - Poches de recueil graduées (x2) - Plateau pour recueil du placenta <p><u>Suture</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lidocaïne 5 % spray / lidocaïne 1 % sol. inj. - Aiguilles roses (trocart), vertes (IM) - 1 seringue 20ml - 1 paire de ciseaux - 1 porte aiguille - 1 pince Kocher - Fils résorbables 2/0 (aiguille 36 mm) <p><u>Divers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 champs stériles - Sondes urinaires femmes CH12 	<p><u>Kit Voie Veineuse Périphérique (VVP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Garrot - Cathéters 18G et 20G - Pansement adhésif stérile transparent (Tegaderm™) - 2 tubulures (au moins 1 robinet) <p><u>Médicaments/ Solutés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 poches de 500 ml de NaCl à 0.9% - 8 ampoules d'oxytocine 5UI/1ml - 3 poches de 100mL de NaCl à 0.9% - Amoxicilline 2g et Amoxicilline 1g - Cefazoline 2g et Cefazoline 1g - Adréraline injectable pour les cas d'anaphylaxie (0.5mg en IM, en cas d'urgence et en l'attente d'un médecin) - Seringues 2ml / 10ml - Aiguilles roses (trocart), bleues (IV), vertes (IM) <p><u>Kit sonde urinaire à demeure</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonde urinaire à demeure - Lubrifiant stérile - Poche urinaire de recueil - 1 seringue 20ml + 1 aiguille rose (trocart) - Eau stérile (impératif/pas de NaCl) <p><u>Oxygénothérapie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 bouteille d'oxygène (+/- louée par les parents) - Lunette à O₂ adulte ou masque haute concentration à O₂ adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - Gel hydroalcoolique - Savon liquide doux - Antiseptique (Bétadine® jaune) - Antiseptique pour les muqueuses (type Bétadine® verte ou Bétadine® jaune diluée) - Doigtiers, gants stériles (taille du professionnel) ; gants de DA / RU (taille du professionnel) - Equipements de protection individuelle : gants non stériles (taille du professionnel) ; masques chirurgicaux ; charlottes ; sarrots stériles - Compresses stériles et non stériles - Sparadrap - Collecteur déchets d'activité de soins à risque infectieux et perforants <p><u>A fournir par les parents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alèses à usage unique - Protection hygiénique - Gants de toilettes <ul style="list-style-type: none"> - Partogramme (annexe 7) - Document d'appel du SAMU pré rempli (Annexe X) - Algorithme PEC HPP voie basse du RP2S

ANNEXE IX

Fiche Matériel minimal pour un accouchement accompagné à domicile

Nouveau-né		
Surveillance et soins de base	Urgence	Hygiène / Autre
<ul style="list-style-type: none"> - Clamp de bahr stérile (x2) - Ciseaux stériles - Stéthoscope - Balance - Mètre ruban - Thermomètre rectal - Vitamine K1 (1 ampoule de 2mg) - Collyre Rifamycine Chibret® (<i>prophylaxie recommandée si parents à risque d'Infection Sexuellement Transmissible, AFSSAPS 2010</i>) - Oxymètre de pouls / Saturomètre (<i>dépistage cardiopathie recommandée à partir de H6</i>) - Appareil pour glycémie capillaire + bandelettes 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronomètre - Tapis chauffant (type vétérinaire, très efficace) - Scope avec FC (à défaut SpO2 avec capteurs ECG) puis SpO2 <u>Aspiration</u> - Aspirateur de mucosités électrique à brancher ou pompe mécanique au pied - Sondes d'aspiration 10CH et 12CH <u>Ventilation</u> - Masques : taille 1 modèle rond - BAVU : soit 500ml soit 350 ml, à conserver non plié (pas de 250 ml qui sont trop petits à terme) - 1 bouteille d'O2 + tuyau O2 à ouvrir si besoin à 9L/min (+/- louée par les parents) <u>Pour abord CVO</u> - Cathéter ombilical CH5 (ou sonde aspi 6CH avec adaptation possible de seringue) - Stéri strips <u>Intubation</u> - 1 Magill + laryngoscope + lame 0 + piles - Sondes intubation : n°3 - Sparadrap élasto (moustache préparée) - Masque laryngé I-Gel taille : nouveau-né (i-gel®, voie respiratoire supra glottique, taille 1.0, nouveau-né, 2-5kg) <u>Médicaments</u> - NaCl 0,9% stérile unidoses 10 ml et si possible 250 ml flacons - Adrénaline injectable 1mg=1ml ou seringues pré remplies prêtes à l'emploi 10ml=1mg (<i>en cas d'urgence et en l'attente d'un médecin</i>) - Seringues 10 ml + 1 de 50 ml + trocarts 	<ul style="list-style-type: none"> - Antiseptique type Biseptine® - Compresses - Equipements de protection individuelle : gants, masques <u>A fournir par les parents</u> - Pièce d'accueil du nouveau-né chauffée - Bonnet et linge chaud préparés - Algorithme réanimation du nouveau-né du RP2S sous plastique - Document d'appel du SAMU pré rempli (Annexe X) - Feuille de surveillance du nouveau-né à terme sain en peau à peau avec rappel Silverman pour surveillance détresse respiratoire si besoin (Annexe VII) - Carnet de santé (à commander auprès du Conseil Départemental ; cf procédure) - Buvard + enveloppe pour dépistage biologique néonatal (à commander auprès du CRDN).

ANNEXE X

Modalités de commande des carnets de santé dans le RP2S

Après une naissance accompagnée à domicile, le professionnel de santé présent remet aux parents le carnet de santé complété de leur enfant.

Pour ce faire, le professionnel de santé commande des carnets de santé en anténatal (une à deux fois par an) auprès du conseil départemental du département du domicile des parents.

Conseil départemental Haute-Savoie (74) :

Faire la commande de carnets de santé de préférence **par mail** à la Direction Protection Maternelle et Infantile – service Promotion de la Santé, du secteur dont dépendent les parents.

Pour les sage-femmes transfrontalières, les commandes de carnet de santé sont possibles uniquement à destination des patientes domiciliées et accouchant en France.

Les carnets de santé sont à venir récupérer munit de sa carte professionnelle (ou tout autre justificatif prouvant une activité professionnelle) à la PMI où ont été demandés les carnets de santé.

- **Secteur Annécien :** dpmips.acy@hautesavoie.fr / 04 50 33 20 04
39 Avenue de la Plaine 74000 ANNECY
- **Secteur Chablais :** dpmips.cha@hautesavoie.fr / 04 50 81 89 25
L'Androsace
1 rue Casimir Capitan CS 70522 74203 THONON LES BAINS CEDEX
- **Secteur Arve – Faucigny – Mont-Blanc :**
dpmips.va@hautesavoie.fr / 04 50 47 63 17
187 rue du Quai 74970 MARIIGNIER
- **Secteur Genevois :** dpmips.ge@hautesavoie.fr / 04 50 84 08 70
2 bis rue Léon Bourgeois 74100 VILLE LA GRAND
- *Eventuellement :* dpmips.central@hautesavoie.fr / 04 50 33 22 45
1 Avenue d'Albigny CS – 32444 74041 ANNECY CEDEX

Conseil départemental Savoie (73) :

Faire la commande de carnets de santé de préférence **par téléphone** au 04 79 60 29 44 (ou 04 79 60 29 03 le cas échéant).

Les carnets de santé seront à votre convenance envoyés à votre cabinet ou à venir récupérer à l'adresse suivante :

SAVOIE Le Département – Pôle Social du Département
Direction Protection Maternelle et Infantile – Service Promotion de la Santé
315 Avenue de Lyon – Immeuble le Saint Sébastien
73000 CHAMBERY

Conseil départemental Ain (01) :

Faire la commande de carnets de santé de préférence **par courrier**.

DGAS – Service PMI
13 Avenue de la Victoire
BP 50415 – 01 012 BOURG EN BRESSE CEDEX
Tél : 04 74 32 33 10

ANNEXE XI

Check-list « Message d'alerte SAMU »

UTILISER LE NUMERO DE TELEPHONE QUI A ETE IDENTIFIE DANS LA FICHE DE PRE-SIGNALEMENT COMPOSER LE 15

Assistant de Régulation Médicale (ARM)

- Identification de la sage-femme : Nom + Prénom + Profession + n° téléphone
- L'appel concerne une patiente identifiée/remarquable dans le cadre d'un AAD
- Adresse du lieu d'accouchement
- Identification de la parturiente (+/- du nouveau-né) : Nom + Prénom + Date de naissance
- Rappeler le numéro de téléphone indiqué sur la fiche de pré-signallement
- Motif de l'appel : bref avec précision du degré d'urgence
- Demande : Renfort médicalisé (= SMUR /SMUR néonatal) / Transport allongé
- Maternité de recours identifiée : Laquelle ? Est-elle déjà avertie de la situation actuelle ?

Ex : « Bonjour, Je suis Mme [Nom-Prénom de la SF] sage-femme libérale et je suis joignable au [n° téléphone SF]. Mon appel concerne une patiente identifiée/remarquable dans le cadre d'un accouchement accompagné à domicile. Je me trouve à [adresse lieu accouchement]. Il s'agit de Mme [Nom + Prénom + Date de naissance de la parturiente] et le numéro de téléphone enregistré par le centre de régulation est le [n° de téléphone de la fiche de pré-signallement]. Je vous appelle pour [motif de l'appel ; ex : hémorragie de la délivrance active]. J'ai besoin d'un renfort médicalisé au plus vite. Je n'ai pas encore pris contact avec la maternité de recours qui est [nom de la maternité].

Médecin régulateur

Langage médical avec éléments cliniques qui décrivent la situation actuelle et précise la demande (ex : j'ai besoin d'aide ; j'ai besoin de renfort ; j'ai besoin d'un transport allongé...)

- Description de la complication (ex : hémorragie en cours ou stabilisée ; retentissement de l'hémorragie (tolérance ; pâleur/sueur...)
- Constantes

Mère	Nouveau-né
Consciente/Inconsciente	Adaptation néonatale à 1 minute de vie
TA ; FC ; FR ; Sat ; Température	Situation actuelle : FC ; FR ou ventilation ; Sat
Estimation pertes sanguines	Score Apgar
Coloration (pâleur ?)	Tonus ; Comportement
Sueurs ?	Geignements +/- score de Silverman
Convulsions ?	Poids ; Température ; Glycémie
Diurèse ?	Trémulations ; Clonies
...	...

- Quels gestes ou quels thérapeutiques ont déjà été mis en œuvre ?
- Penser rapidement à la **conférence à 3** avec soit le GO ou le pédiatre

➔ Le médecin régulateur informe des moyens engagés et précise s'il n'y a pas de SMUR disponible immédiatement. La sage-femme doit réexpliquer la situation et/ou demander des explications si les moyens ne lui semblent pas adaptés.

ANNEXE XI

Check-list « Message d’alerte SAMU »

Motifs d’appels (non exhaustifs)

Pendant le travail et/ou l’accouchement	Après la naissance
Anomalies du rythme cardiaque fœtale sévères	Hémorragie Post Partum (HPP)
Métrorragies	Non décollement placentaire (avec ou sans HPP)
Choc anaphylactique	Déchirure périnéale complexe
Détresse respiratoire maternelle	Choc anaphylactique
Prééclampsie /éclampsie	Détresse respiratoire maternelle
Arrêt Cardio Respiratoire maternel	Éclampsie
Procidence du cordon	Arrêt Cardio Respiratoire maternel
Liquide amniotique méconial	Hyperthermie maternelle
Dystocie de présentation (siège inopiné ; présentation transverse...)	Arrêt cardio-respiratoire du nouveau-né (= bradycardie + absence de ventilation spontanée)
Stagnation du travail (stagnation dilatation ou descente / défaut d’engagement)	Détresse respiratoire du nouveau-né
Dystocie des épaules	Hémorragie du nouveau-né (ex : rupture cordon...)
Épuisement maternel	Hypo ou hyperthermie du nouveau-né
Demande de prise en charge médicale de la douleur	Hypoglycémie du nouveau-né
Hyperthermie maternelle	Poids<2500g ou <3 ^{ème} P selon les courbes AUDIPOG individualisées
...	...

ORGANISATION ET REALISATION des DEPISTAGES NEONATALS BIOLOGIQUE et DE LA SURDITE DANS LE CONTEXTE D'UN ACCOUCHEMENT A DOMICILE



Madame, Monsieur,

Vous faites le projet d'un accouchement accompagné à domicile (AAD).
Vous trouverez ci-dessous quelques éléments d'information concernant les dépistages néonataux.



DEPISTAGE NEONATAL BIOLOGIQUE

En France, le dépistage néonatal biologique est prévu **gratuitement pour tous les nouveau-nés pour détecter certaines maladies graves**. Cela permet de mettre en place une prise en charge précoce améliorant le pronostic. Il n'est pas obligatoire mais il est **recommandé** par le ministère de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est soumis à votre accord.

Le **professionnel de santé** qui suit votre grossesse est à votre disposition pour vous expliquer les objectifs de ce dépistage.

Un document d'information national est également disponible :

Dépliant d'information édité par la HAS,
le Ministère de la santé
et le Centre National de Coordination du Dépistage
Néonatal :

<https://depistage-neonatal.fr/wp-content/uploads/2021/11/De%CC%81pliant-DNN.pdf>



		ENFANT N-NÉ À RISQUE DE DRÉPANOCYTOSE: Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> 2																								
		NOM: <u>3</u> <i>(Patronyme déclaré à l'état civil):</i>																								
		Prénom : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																								
		Nom de naiss. de la mère : _____																								
		Né(e) le : _____ à : _____ h _____ min																								
		Poids : _____ g Terme : _____ SA+ _____ jours																								
		Maternité naissance : _____																								
		Accouchement à domicile <input type="checkbox"/> ou																								
		Grossesse multiple <input type="checkbox"/> Si oui, Rang de naissance : <u>4</u> / <u> </u>																								
		PRÉLÈVEMENT 5 INITIAL <input type="checkbox"/> 2° PRÉLÈVEMENT <input type="checkbox"/>																								
		Prélevé le : _____ à : _____ h _____ min																								
		Nom Préleveur : _____																								
		Lieu prélèvement : Maternité de <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>																								
		si autre <input type="checkbox"/>																								
		Lieu / Code : _____ 6																								
		VÉRIFICATION AUDITION																								
		<input type="checkbox"/> N-né à risque de surdité. Si OUI, précisez : _____																								
		<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">1^{er} test</th><th colspan="2">Re-test</th></tr></thead><tbody><tr><td>Date: _____</td><td>Date: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Lieu: _____</td><td>Lieu: _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>OEA <input type="checkbox"/></td><td>PEA <input type="checkbox"/></td><td>OEA <input type="checkbox"/></td><td>PEA <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Normal</td><td>À surveiller</td><td>Normal</td><td>À surveiller</td></tr><tr><td>OD <input type="checkbox"/></td><td>OG <input type="checkbox"/></td><td>OD <input type="checkbox"/></td><td>OG <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	1 ^{er} test		Re-test		Date: _____	Date: _____			Lieu: _____	Lieu: _____			OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	Normal	À surveiller	Normal	À surveiller	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>
1 ^{er} test		Re-test																								
Date: _____	Date: _____																									
Lieu: _____	Lieu: _____																									
OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	PEA <input type="checkbox"/>																							
Normal	À surveiller	Normal	À surveiller																							
OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>																							
		Rendez-vous le : _____																								
		Lieu: _____																								
		Avec : _____																								
		Tél : _____																								
		<input type="checkbox"/> Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car:																								

RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT :

Le professionnel qui réalise le dépistage peut contacter le centre régional de dépistage néonatal de son territoire pour l'informer de la réalisation de ce test à domicile et, possiblement, obtenir des kits spécifiquement adaptés à ce type de prélèvements.

Le dépistage doit absolument être réalisé entre 48h et 72 h de vie. C'est important car l'objectif est de détecter le plus tôt possible ces maladies rares et, si nécessaire, de commencer un traitement avant même que des signes de la maladie apparaissent.

Ce test est rapide et sans danger. Il peut être réalisé à domicile, par votre sage-femme, une puéricultrice ou une infirmière, et ce, dans les mêmes délais. Il consiste en une piqûre au talon ou dans une veine pour recueillir quelques gouttes de sang qui seront déposées sur un papier buvard. Vous pourrez tenir votre bébé dans les bras pendant le test pour le rassurer, ou le faire téter.

Le prélèvement sera envoyé **rapidement** par le professionnel qui l'aura réalisé.

La réalisation du prélèvement sera tracée dans le carnet de santé de votre enfant.



DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

En France, le dépistage auditif est **recommandé** par le Ministère de la Santé mais **n'est pas obligatoire**. Il est pris en charge à **100%** pour tous les **nouveaux-nés**.

Les **professionnels de santé** qui suivent votre grossesse et/ou votre nouveau-né sont à votre disposition pour vous informer et vous expliquer les **objectifs de ce dépistage**.

Des documents d'information sont également disponibles.

Le dépistage est organisé différemment selon les régions. Les documents d'information qui vous seront remis par les professionnels de santé, vous expliqueront l'intérêt du dépistage ainsi que les modalités de réalisation.

RÉALISATION DU DÉPISTAGE :

Ce test de dépistage sera réalisé dans les premiers mois de vie de l'enfant, au plus tôt à 36 h de vie, de préférence durant la 2ème semaine de vie.

Il est difficilement réalisable à domicile, car il nécessite un appareil spécifique dont, généralement, seuls les établissements de santé ou certains professionnels médicaux libéraux (pédiatres, ORL...) disposent.

En fonction de l'organisation régionale, la sage-femme vous proposera de faire réaliser ce test, soit :

- au sein d'une maternité partenaire
- auprès d'un pédiatre ou d'un ORL qui dispose du matériel
- directement au sein d'un Centre Expert Audition Enfant (CEAE)

Les résultats du test seront notés dans le carnet de santé et transmis à la coordination régionale en charge de ce dépistage.

Si vous refusez que l'un ou l'autre de ces dépistages soit réalisé :

Le professionnel de santé qui vous suit pourra recueillir par écrit votre refus du dépistage par l'intermédiaire d'un document officiel national spécifique au dépistage biologique et/ou celui proposé par la FFRSP pour la surdité.

Il inscrira que le test n'a pas été réalisé dans le carnet de santé de votre enfant.



ANNEXE XIII

Fiche de recueil d'activité

Sage-femme libérale réalisant des AAD :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Année :

Nombre de :	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	TOTAL
Demandes acceptées de suivi pour AAD													
Refus de suivi pour un AAD													
Réorientation / Transfert													
En cours de grossesse													
En per partum													
En post partum (mère)													
Du nouveau-né													
AAD (dont transferts postnataux)													
En Savoie													
En Haute-Savoie													
Dans l'Ain (Bellegarde ; Pays de Gex ; Belley)													

Commentaires :
