



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de l'Hôpital Couple-Enfant concernant la sortie précoce de maternité après l'accouchement

Ophélie Chaix

► **To cite this version:**

Ophélie Chaix. Évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes de l'Hôpital Couple-Enfant concernant la sortie précoce de maternité après l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01175982

HAL Id: dumas-01175982

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01175982>

Submitted on 13 Jul 2015

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DES SAGES-FEMMES DE L'HÔPITAL COUPLE-ENFANT
CONCERNANT LA SORTIE PRÉCOCE DE MATERNITÉ
APRÈS L'ACCOUCHEMENT**

Mémoire soutenu le

10 Juin 2015

Par CHAIX Ophélie

Née le 9 juillet 1991 à Die

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury,

- **Mme Nadine VASSORT**, sage-femme enseignante Département de maïeutique UFR médecine Grenoble, présidente du jury ;

- **Mme le professeur Pascale HOFFMANN**, PU-PH à l'Hôpital Couple-enfant (HCE) de Grenoble, co-présidente du jury ;

- **M Pierre CARQUILLAT**, sage-femme enseignant HES Genève ;

- **Mme Sonia DUFOURNET**, sage-femme à l'HCE de Grenoble, directrice de ce mémoire ;

- **M Lionel CURTO**, sage-femme enseignant guidant à l'Ecole de Sage-femme de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

- **Mme Sonia DUFOURNET**, sage-femme à l'Hôpital Couple-Enfant, Directrice de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité, ses conseils précieux et ses encouragements,

- **M Lionel CURTO**, Sage-femme enseignant à l'École de Sage-femme de Grenoble, guidant de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, ses encouragements et ses corrections,

- **L'ensemble des enseignants sages-femmes de l'école de Grenoble,**

Pour leur encadrement tout au long de cette formation.

Enfin, je tiens à remercier :

- **Ma famille,**

Pour leurs encouragements durant les moments difficiles,

- **Mlle Violaine CHANTRIAUX,** sage-femme à l'Hôpital Couple-Enfant,

Pour son aide et son soutien,

- **Aux collègues de Promotion,**

Pour m'avoir divertie et supportée durant ces quatre années.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	2
POPULATION ET METHODE	4
1. Type et lieu d'étude.....	4
2. Critères d'inclusions et d'exclusions	4
3. Données recueillies	5
4. Stratégie d'analyse des données.....	5
RESULTATS	8
1. Description de la population.....	8
2. Résultats de l'étude.....	9
DISCUSSION	13
1. Biais de l'étude	12
2. Analyse des résultats	13
A) Analyse des critères d'évaluation portant sur le bas risque maternel pour une sortie précoce.	13
B) Analyse des critères d'évaluation portant sur le bas risque pédiatrique pour une sortie précoce.	20
ORGANISATION DU SUIVI EN POST-PARTUM.....	32
CONCLUSION	33
ANNEXES.....	31
BIBLIOGRAPHIE	35
RESUME.....	37

ABREVIATIONS

- AFDPHE Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant
- AM Allaitement Maternel
- ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANSM Agence Nationale de sécurité du médicament
- AS Assistante Sociale
- EN Echelle Numérique
- EVA Echelle Visuelle Analogique
- FDR Facteur De Risque
- HAS Haute Autorité de Santé
- HCE Hôpital Couple Enfant
- HRI Haut Risque Infectieux
- HTA Hypertension Artérielle
- MCAD Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
- NFS Numération Formule Sanguine
- OEAA Oto-Emissions Acoustiques Automatisées
- PEAA Potentiels Evoqués Auditifs Automatisés
- PEC Prise en Charge
- PNNS Programme National Nutrition-Santé
- RI Risque Infectieux
- SAPL Syndrome des anti-phospholipides
- SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
- SFL Sage-femme Libérale
- SFP Société Française de Pédiatrie
- TC Taux de Conformité
- UME Unité Mère-Enfant
- UTAP Unité Transversale Accompagnement Périnatal
- VB Voie Basse

INTRODUCTION

D'après l'enquête Nationale Périnatale française de 2010, la durée moyenne du séjour à la maternité après un accouchement varie entre trois et quatre jours lors d'un accouchement par voie basse (VB), ou entre quatre et cinq jours si la naissance a eu lieu par césarienne [1].

Dans certaines conditions, les mères et leurs nouveau-nés peuvent bénéficier d'un retour « précoce » à domicile. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme sortie précoce toute sortie de la maternité ayant lieu au cours des 72 premières heures lors d'un accouchement par VB ou au cours des 96 premières heures lors d'une césarienne [1].

Depuis quelques années, les sorties précoces de maternité se font plus nombreuses, ce qui justifie la nécessité d'une meilleure organisation du retour à domicile (RAD) au niveau de la prise en charge médicale, sociale et psychologique du couple parents-enfant.

Cette augmentation du nombre de sorties précoces peut s'expliquer par la modification du paysage obstétrical français, la nécessité de faire des économies de santé et une demande maternelle plus fréquente.

La fermeture et la fusion des petites maternités ainsi que la mise en réseau des autres établissements ont eu pour conséquence une diminution du nombre de lits en maternité malgré l'augmentation du nombre de naissances [1]. Les séjours en maternité se sont donc progressivement raccourcis à partir des années 1980-90.

L'introduction, dès 2004, de la tarification à l'activité (T2A) a également favorisé cette diminution des séjours dans un souci d'équilibre budgétaire des hôpitaux [2].

Le temps d'observation des nouveau-nés en maternité s'est donc réduit alors que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours [1] [3].

En effet, depuis les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de mai 2004 encadrant les sorties précoces de la maternité [4], on observe une résurgence de l'ictère nucléaire (10 à 75 % des ré-hospitalisations) [3]

ainsi qu'une perte de poids chez les nouveau-nés et des difficultés quant à la mise en place de l'allaitement maternel [5].

Enfin, différentes enquêtes récentes [6] [7] [8] ont montré que les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse et au moment de la naissance. En revanche, l'accompagnement lors de leur sortie et retour à domicile est jugé insatisfaisant. Cela met en évidence la nécessité d'accentuer la cohésion du réseau périnatal [1].

Ces constats et l'apparition de la nécessité d'économie de santé ont donc justifié l'actualisation par l'HAS des recommandations de l'ANAES de mai 2004 en ce qui concerne la surveillance médicale à mettre en place à la sortie de la maternité. L'HAS structure les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et des nouveau-nés à bas risque, en définissant les modalités de leur accompagnement; afin de prévenir l'apparition de complications néonatales (ictère) et maternelles dans le post-partum et de diminuer le risque de situations évitables graves.

Nous avons voulu voir si ces recommandations étaient bien suivies. Ainsi, les pratiques professionnelles actuelles en unité mère-enfants (UME) à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) sont-elles en accord avec les recommandations de l'HAS?

L'objectif principal de cette étude est d'établir un taux de conformité entre les pratiques des professionnels de l'HCE et les recommandations de l'HAS qui définissent des critères de surveillance maternels et néonataux concernant les sorties précoces mère-enfant pour les patientes ayant accouché par voie basse et par césarienne.

POPULATION ET METHODE

1. Type et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude des pratiques professionnelles observationnelle transversale. Elle est rétrospective et mono-centrique. Elle porte sur les mois de mai à septembre 2014. Cette étude a été menée en Unité Mère Enfants (UME), à L'hôpital Couple-Enfant (HCE), maternité de type III de Grenoble.

2. Critères d'inclusions et d'exclusions

Une première requête a été réalisée dans la base Access colligeant les données du DMO, dossier médical obstétrical informatisé Cristalnet® utilisé à l'HCE, sur les critères suivants : patientes ayant eu l'examen de sortie à J0, J1, J2 ou J3 sur les mois de mai à septembre.

Ont été incluses toutes les mères ayant accouché du 1^{er} mai au 30 septembre 2014 à l'HCE et étant sorties à J0, J1 ou J2 dans le cas d'une naissance par VB ou alors à J0, J1, J2 ou J3 dans le cas d'une naissance par césarienne.

Ont été exclus les couples mère-enfant dont la mère est sortie contre avis médical, les accouchements sous X, les dossiers confidentiels ou manquants, les transferts, de même que les couples mère-enfant dont l'enfant est décédé ou a été hospitalisé.

Au final, cette étude a porté sur 57 dossiers.

3. Données recueillies

Selon les recommandations méthodologiques de la HAS concernant les « Guide méthodologique - Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » [9], 30 sujets minimum étaient nécessaires. 57 dossiers ont été recueillis afin d'augmenter la puissance de l'étude.

Le recueil de données a été rétrospectif, depuis le dossier médical obstétrical informatisé (DMO) ainsi que sur la version manuscrite du dossier, remplie par les sages-femmes en UME.

Les données recueillies correspondent aux critères définis par la HAS pour valider une sortie précoce. Elles correspondent aux items définissant le bas risque maternel et pédiatrique pour un retour précoce à domicile. Nous nous sommes aidés d'une grille d'aide à la lecture des critères que nous avons créée pour le recueil des informations [Annexes 1, 2, 3].

Stratégie d'analyse des données

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel statistique STATVIEW[®].

La conformité des pratiques professionnelles aux recommandations de l'HAS pour les sorties de la maternité au cours des 72 ou 96 premières heures (selon une naissance par VB ou césarienne) a été évaluée par la réponse OUI ou NON pour chacune des variables relevées. Les recommandations sur les sorties précoces de la HAS, citée ci-dessus, ont été considérées comme la référence [annexes 1 et 2].

Il a été décidé d'évaluer d'une part la conformité de la traçabilité des critères et d'autre part la conformité de la prise en charge (PEC) pour chaque critère.

Un critère conforme au niveau de la traçabilité, noté dans le dossier a occasionné une réponse « oui ». Un critère non-conforme au niveau de la traçabilité, non tracé, a entraîné la réponse « non ».

L'analyse des données a occasionné un taux de conformité de la traçabilité (tc) pour chacun des critères, représenté par le pourcentage de dossier contenant la réponse « oui ».

Un critère conforme au niveau de la PEC, correctement évalué par le professionnel et pris en compte a occasionné une réponse "oui". Un critère non-conforme au niveau de la PEC (sortie malgré difficulté) a entraîné la réponse "non". Un critère ne pouvant être évalué car non tracé, non dépisté a entraîné la réponse « ? ». Dans les cas où le critère n'est pas tracé, le taux de conformité pour la PEC est calculé en ramenant la proportion de « oui » aux nombres de dossiers où le critère est tracé, c'est à dire 57 moins les « ? ». On notera $(n) = 57 - x(?)$.

L'analyse des données a occasionnée un taux de conformité de la PEC (TC) pour chacun des critères, représenté par le pourcentage de dossiers contenant la réponse « oui ».

Pour pouvoir évaluer certains critères, nous avons créé une grille d'aide à la lecture avec des sous-critères permettant l'analyse du critère de l'HAS correspondant [Annexe 3].

Le *critère 1* a été évalué par la présence de l'UTAP, de l'AS, d'une fiche relation mère-enfant, d'un âge inférieur à 18 ans, d'une précarité, d'un logement non adéquat, d'une consommation de tabac (>10 cigarettes par jour), d'alcool et/ou de drogues. En effet, l'unité transversale d'accompagnement périnatale a pour but d'accompagner les patientes qui présentent une vulnérabilité psychique dans le cadre de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le seuil de « plus de 10 cigarettes par jour » a été choisi car il est significatif et utilisé dans le test de dépendance à la cigarette de Fagerström : à la question « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? », la réponse « 10 ou moins » entraîne une note de 0. Associé à une ou cinq autres questions (test de Fagerström en deux ou six questions) nous obtenons une note allant de 0 à 6. L'interprétation de la note de 0-1 est : pas de dépendance. De plus c'est le seuil utilisé par l'HCE dans l'interrogatoire [10].

Concernant le *critère 8* « Douleur contrôlée » que nous avons évalué par « si EVA>3, présence d'un traitement antalgique efficace », le terme d'EVA a été gardé même il s'agit d'un abus de langage des professionnels. En réalité nous utilisons l'échelle numérique (EN), qui consiste à faire noter par la patiente sa douleur entre

0 et 10. L'EVA est le terme utilisé par les professionnels, il s'agit d'un consensus tacite de toute l'équipe.

La valeur trois a été choisie comme valeur seuil car il s'agit du seuil pour lequel on utilise des antalgiques de palier I. Une EVA > 3 et < 5 correspond à une douleur modérée (palier I et II), une EVA > 5 et < 7 a une douleur intense (palier I, II et III) et une EVA > 7 a une douleur très intense (palier III) [11] [12].

Dans sa recommandation « Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C » (*critère 14*), la HAS ne précise pas de quelle température il s'agit. Nous avons décidé d'étudier celle du jour de la sortie.

Nous avons décidé de recueillir les deux aspects du *critère 17* de façon séparée. D'une part, a été recueillie « l'absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique », qui a été jugé conforme lorsqu'aucune mention de photothérapie n'apparaissait. D'autre part a été recueilli « la mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme ». Puis nous avons calculé le TC de l'ensemble du critère.

RESULTATS

1. Description de la population

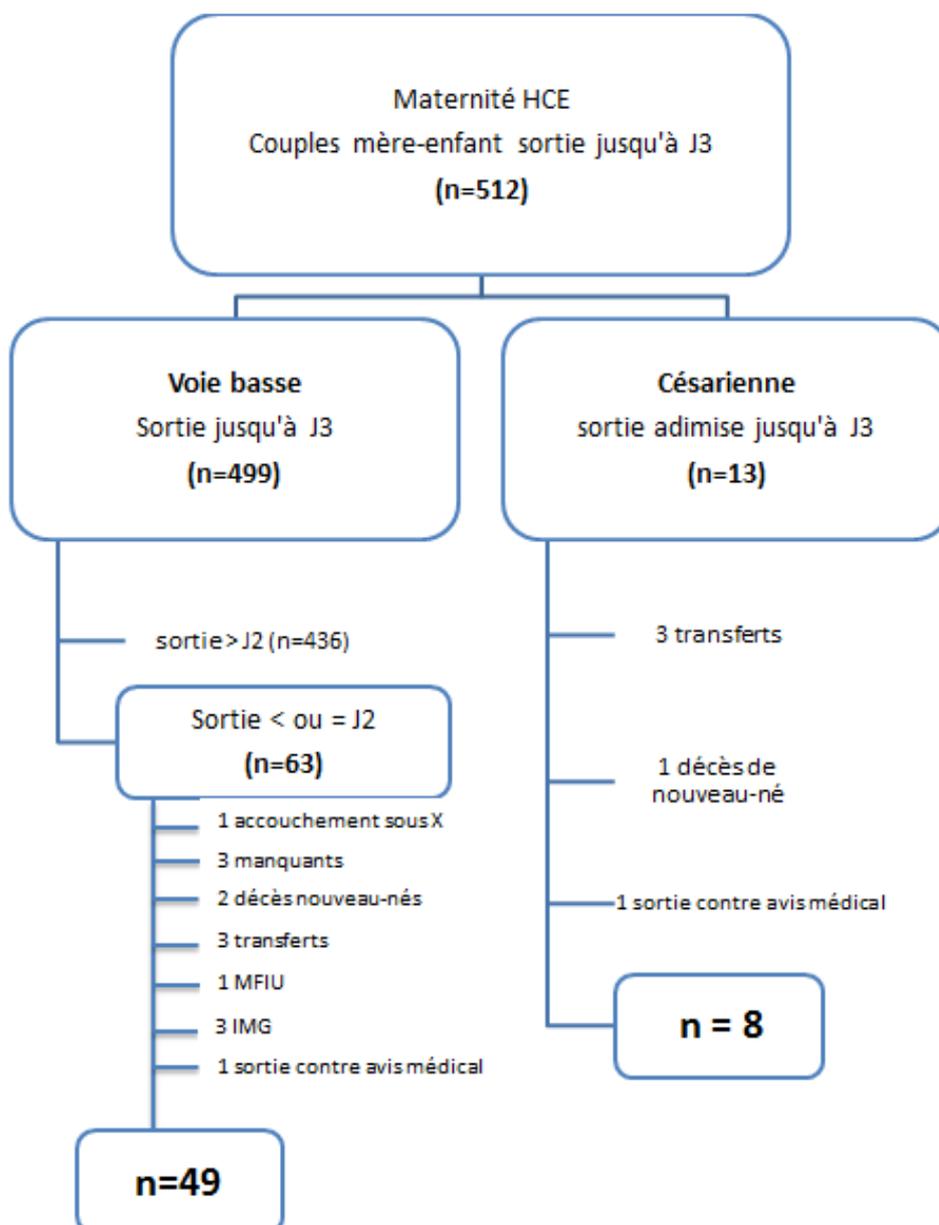


Figure 1: Diagramme d'inclusion

Dans cette étude 57 dossiers ont été inclus soit 76% des dossiers sélectionnés (fig.1).

2. Résultats de l'étude

Ces sorties précoces concernaient cinq primipares (8,8%), 25 deuxièmes pares (43,9%), 17 troisièmes pares (29,8%), six quatrième pares (10,5%), deux cinquièmes pares (3,5%) et deux sixièmes pares (3,5%).

Les résultats obtenus à partir de la grille de recueil de données sont répertoriés dans les tableaux I, II et III. Les taux de conformité (TC) sont calculés en excluant les « non tracés » (?) et sont exprimés en pourcentage (pourcentage de « oui »). Si le TC < 100 %, le critère était jugé comme non conforme au niveau de la PEC. Les critères non conformes ont été mis en évidence.

Tableau I : Critères définissant le bas risque maternel pour un retour précoce à domicile

CRITERES DEFINIS PAR LA HAS		TAUX DE CONFIRMITE (tc) DE LA TRACABILITE		TAUX DE CONFORMITE (TC) DE LA PEC	
		%	(n')	%	(n)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères ⁽¹⁾	100	(57)	84,2	(57)
2	Soutien familial et/ou social adéquat ⁽²⁾	58	(57)	87,9	(33)
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	100	(57)	100	(57)
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu ⁽³⁾	100	(57)	73,7	(57)
5	Absence d'hémorragie de la délivrance sévère ⁽⁴⁾	100	(57)	100	(57)
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	100	(57)	100	(57)
7	Absence de signes thromboemboliques ⁽⁵⁾	100	(57)	100	(57)
8	Douleur contrôlée ⁽⁶⁾	75.4	(57)	97.7	(43)
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes	0	(57)	/	(0)
10	Accord de la mère et/ou du couple	0	(57)	/	(0)

- (1) Présence de l'UTAP, de l'AS, d'une situation de précarité, absence de fiche de relation mère-enfant etc.
 (2) Présence d'aide à domicile
 (3) Antécédents médicaux, suivi médical, traitement.
 (4) Pertes sanguines > 1 500 ml ou embolisation, chirurgie, transfusion sanguine.
 (5) Examen des membres inférieurs ne retrouve pas de signe de thrombose veineuse, signe de Homans négatif
 (6) Si EVA supérieure à 3, traitement antalgique adapté.

Tableau II : « Détails » du critère n°1. Le TC de la traçabilité est de 100% pour n=57

Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères	Taux de conformité (TC)	
	%	n
UTAP	89,5	(57)
AS	94,7	(57)
FR	100	(57)
Mineur	100	(57)
Précarité	100	(57)
Logement	100	(57)
Tabac/ Alcool/ toxicomanie	100	(57)

Tableau III : Critères définissant le bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile

CRITERES DEFINIS PAR LA HAS		TAUX DE CONFIRMITE (tc) DE LA TRACABILITE		TAUX DE CONFORMITE (TC) DE LA PEC	
		%	(n')	%	(n)
11	Nouveau-né à terme \geq 38 SA, singleton, eutrophe	100	(57)	89.5	(57)
12	Apgar $>$ 7 à 5 minutes de vie	100	(57)	98.2	(57)
13	Examen clinique normal le jour de la sortie ⁽¹⁾	75.4	(57)	97,7	(43)
14	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36.5 et 37.5 °C	8.8	(57)	80	(5)
15	Alimentation établie (AM: observation de 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi	100	(57)	100	(57)
16	Perte de poids $<$ 8% par rapport au poids de naissance	100	(57)	93	(57)
17	Absence d'ictère avant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme et hors zone de traitement	75.4	(57)	100	(43)
18	Absence d'éléments clinique ou para clinique en faveur d'une infection; si FDR (RI ou HRI): prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs ⁽²⁾	100	(57)	100	(57)
19	Vitamine K1 donnée	63.1	(57)	94.4	(36)
20	Dépistages néonataux assurés à la maternité et leurs traçabilités assurées ⁽³⁾	68.4	(57)	97.4	(39)
21	Suivi post-partum après la sortie organisé: 1 ^{ère} visite prévue dans les 24h après la sortie ⁽⁴⁾	26.3	(57)	53.3	(15)

(1) Nouveau-né examiné par le pédiatre, et examen dit normal

(2) Normothermie, Si signe clinique hémodynamique, neurologique, respiratoire ou cutanée. CRP, LG (dir Prélèvements vaginaux négatifs, NFS OK, pas de RI ni de HRI.

(3) Test de Guthrie réalisé à la maternité ou par une sage-femme libérale (SFL), sage-femme libérale prévenue pour faire ce test ; n=24

(4) Sortie organisée avec une sage-femme libérale, SFL prévenue, d'accord ou patiente appelle sa SFL.

Concernant le *critère 11*, trois nouveau-nés étaient hypotrophes, un était macrosome (TC= 93% pour n=57). Trois nouveau-nés étaient de terme <38 SA (mais >37SA), dont un qui faisait aussi partie des trois hypotrophes.

Concernant le *critère 17*, aucun des 57 enfants n'a présenté d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique mais pour seulement 43 nouveau-nés une mesure de la bilirubinémie transcutanée était tracée (tc =75.4%, n'57). Trois d'entre elles étaient dans une zone à risque d'ictère pathologique. Ces enfants ont donc eut un dosage sanguin de la bilirubine qui s'est avéré hors zone. On a donc, pour l'ensemble du critère 17, un TC de la PEC de 100% mais pour n= 43.

En ce qui concerne le risque infectieux (*critère 18*), dix enfants ont eu des prélèvements biologique (Protéine C Réactive) et bactériologique (Liquide gastrique) dans un contexte de risque infectieux (+ /- haut) selon le protocole de service, qui se sont avérés négatifs.

Cinquante-quatre enfants ont reçu la vitamine K1 à J0 (TCj0= 96,4% pour n=56) et 34 enfants ont reçu la vitamine K1 à J1 (TCj1=94,4% pour n=36). On a donc pour l'ensemble du critère un TC= 94,4% pour n=36. Concernant la traçabilité, le tc est de 63,1% pour n'=57.

Concernant le critère « Suivi post-partum après la sortie organisée : 1^{er} visite prévue dans les 24 heures après la sortie », nous avons distingué « suivi post-partum organisé » avec un TC à 97,7% pour n=43, de « 1^{er} visite prévue dans les 24 heures après la sortie » avec un TC à 53,3% pour n=15. Concernant la traçabilité de la totalité du critère, tc=26,3% pour n'=57.

DISCUSSION

1. Biais de l'étude

Biais de mesure

Le recueil de données effectué sur plusieurs mois, en incluant toutes les patientes éligibles, a permis de diminuer le biais de sélection et le biais de mesure constitués par l'activité hospitalière durant la période d'inclusion. On évite ainsi de sélectionner une population particulière. L' HCE étant une maternité à plus de 3000 accouchements par ans, l'échantillon de la population observée paraît représentatif de la population générale des femmes enceintes.

La sortie précoce est définie selon une durée de séjour exprimée en heure. Hors, l'heure de la sortie n'est pas notée. Nous avons donc décidé d'exclure les sorties à J3 (précoces et standards) pour les voies basses et les sorties à J4 (précoces et standards) pour les césariennes. Un certain nombre de sorties précoces a été ainsi exclu à tort, ce qui diminue la puissance de l'étude. Néanmoins, cela permet de n'avoir que des « vraies » sorties précoces.

L'étude était rétrospective. L'absence d'une donnée pouvait traduire le manque d'action ou le manque de traçabilité.

Les recommandations de la HAS sont sorties en mars 2014 et nous avons effectué le recueil de l'étude sur les mois de mai à septembre 2014. Les recommandations étaient donc récentes, leur prise de connaissance peut être encore faible et des modifications des pratiques et de protocoles sont apparues depuis (protocoles vitamine K1, risque infectieux et dépistage auditif que nous détailleront dans la discussion).

Biais de sélection

Nous retrouvons un biais de sélection du fait de la possibilité d'avoir x dossiers remplis par la même sage-femme avec un automatisme et des habitudes de remplissage au niveau des dossiers.

Biais d'évaluation

Pour finir, il existe un biais d'évaluation puisqu'il s'agissait de variables qualitatives et non quantitatives et que la grille d'aide à la lecture a été créée spécifiquement pour ce mémoire, afin d'évaluer la conformité des critères [Annexe 3].

2. Analyse des résultats

A) Analyse des critères d'évaluation portant sur le bas risque maternel pour une sortie précoce.

Dans le tableau I, on observe quatre critères conformes (*critères 3, 5, 6 et 7*) et six critères non-conformes (*critères 1, 2, 4, 8, 9 et 10*).

- Critère 1 :

Concernant le *critère un*, quatre patientes ont vu une sage-femme de l'UTAP avant leur sortie. Pour deux femmes, les services de l'UTAP ont été proposés mais refusés. Ces six patientes avaient donc une situation de vulnérabilité psychique, mais sans conduite d'addictions et/ou de dépendances sévères, sans vulnérabilité sociale puisqu'elles n'ont pas vu l'assistante sociale (AS).

L'indication à l'UTAP est subjective et dépend de la sage-femme de garde qui évalue le besoin ou non de cette intervention. Un léger baby blues, sans critères de gravité peut, par exemple, avoir été l'indication. L'UTAP peut juger la sortie précoce non contre-indiquée malgré une difficulté, le retour à la maison pouvant même en être le traitement. Enfin, l'UTAP, si elle le juge nécessaire, peut revoir et suivre les patientes après leur sortie, durant la première année du post-partum.

Deux patientes ont vu l'assistante sociale de la maternité et une patiente a préféré voir celle de son secteur. De même que pour les indications du passage de l'UTAP, les indications d'un entretien avec l'assistante sociale sont nombreuses et d'importance variable. Une patiente peut avoir vu l'AS sans qu'il y est de grandes difficultés tandis qu'une autre peut l'avoir vu pour un contexte social difficile.

Ces neuf patientes avaient seulement un critère de vulnérabilité (UTAP ou AS, jamais les deux).

Pour les 57 patientes incluses, il n'y pas eu de fiche relation mère-enfant (dispositif mis en place dans le service pour surveiller le lien mère-enfant), aucune n'était mineur et/ou en situation de précarité, aucune n'avait de logement inadéquat, de conduite d'addiction et/ou de dépendance sévère.

La non-conformité de ce critère est donc le reflet d'une possible subjectivité dans son évaluation et d'une gravité de la vulnérabilité très variable. Il s'agit d'un critère qualitatif. En effet, les professionnels ont pu faire sortir une patiente malgré la présence d'un critère de vulnérabilité mais celui-ci peut être minime et ne pas contre-indiquer une sortie précoce. Dans ce cas, les professionnels sont donc non-conformes mais non-dangereux dans leur pratique.

La création d'une méthode d'évaluation objective, systématisée pourrait réduire ce problème.

- Critère 2 :

Concernant le *critère 2*, 12.1 % des femmes sont sorties précocement malgré le dépistage d'une absence d'aide à domicile. La mention de la présence ou non d'aide à domicile apparaissait dans 33 dossiers (tc=58%, n'=57). Il y a donc un défaut de prise en charge et de traçabilité malgré l'existence d'un item « présence d'aide à domicile » dans la fiche d'accueil du dossier papier. Cela peut s'expliquer par un manque de sensibilisation de l'équipe sur l'importance de la traçabilité et sur les conséquences que l'absence d'aide pourrait avoir sur la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur le lien mère-enfant. Une possible intersubjectivité dans la compréhension et dans l'évaluation de ce critère, ainsi que son aspect de variable qualitative, peuvent aussi en partie expliquer ce TC.

Demander aux professionnels de faire un interrogatoire plus approfondi et complet, comprenant des questions systématisées et obligatoires, pourrait permettre d'améliorer les pratiques professionnelles au niveau de ce critère, en diminuant la non-conformité causée par l'intersubjectivité. De plus, une sensibilisation des professionnels sur les risques liés à l'absence d'aide à domicile et sur l'importance de sa traçabilité permettrait une meilleure conformité.

- Critère 3 :

Les professionnels sont conformes à 100% pour la PEC et la traçabilité, n et n'=57.%

En effet, la recherche d'une pathologie chronique fait partie de l'interrogatoire systématique de toute patiente lors d'une ouverture de dossier. L'aspect déséquilibré d'une pathologie rend son dépistage, sa prise en charge et sa surveillance d'autant plus importante. Les professionnels sont donc très attentifs et rigoureux pour ce critère.

Néanmoins, aucune patiente ne présentait de pathologie chronique déséquilibrée.

- Critère 4 :

La non-conformité du *critère 4* s'explique par le fait que plusieurs pathologies ou complications nécessitant une observation ou un traitement médical continu ne justifient pas de prolonger d'une journée l'hospitalisation (myopie, migraines, asthme, scoliose, surpoids). En effet, aucune prise en charge particulière n'est effectuée dans le post-partum. A l'inverse, les patientes présentant une Hypertension artérielle, une maladie de Gilbert¹, un Syndrome des Anti-Phospholipides ou un Diabète Gestationnel sous insuline etc, auraient peut-être du bénéficier d'une surveillance plus longue afin de vérifier l'absence d'aggravation de la pathologie dans le Post-partum immédiat. La nécessité, pour le professionnel qui entend faire sortir la patiente précocement, d'un meilleur interrogatoire sur les antécédents médicaux est mise en évidence.

Ce critère apparaît donc trop large dans sa définition. Il devrait se restreindre aux pathologies et complications ayant une conséquence sur le post-partum et/ou nécessitant une surveillance dans le post-partum. En effet ce caractère imprécis entraîne une subjectivité dans l'interprétation et l'évaluation du critère. Aucun item dans le DMO ou la version papier ne permet de colliger cette information.

Pour améliorer la conformité de ce critère, on pourrait :

- établir une liste de pathologies ou complications nécessitant une observation ou un traitement médical continu justifiant le refus d'une sortie précoce;
- préciser cet item afin qu'il ne soit pas sujet à une interprétation personnel-dépendant (exemple : définition de « continu »);
- créer une place dans la fiche de sortie à remplir pour la traçabilité de ce critère [annexe 4].

¹Maladie de Gilbert : anomalie génétique du métabolisme de la bilirubine entraînant une augmentation de son taux dans le sang (hyperbilirubinémie) et donc un ictère variable qui peut être favorisé par la fatigue, le stress, le jeûne ou une infection. Cette maladie est bénigne.

- Critère 5 :

La HAS et la SFAR définissent l'hémorragie sévère du post-partum immédiat par des pertes sanguines estimées supérieures à 1500ml. Le conseil national des gynécologue-obstétricien français la définit, dans ses recommandations pour la pratique clinique de 2014, par une perte sanguine estimée supérieure ou égale à 1000ml, quelque-soit la voie d'accouchement. Il précise que le seuil d'intervention doit tenir compte du débit du saignement et du contexte clinique [13] [14] [15]. Toutefois, la tolérance maternelle se trouve impactée à partir de 1000 ml [15]. Par sécurité, il serait donc préférable de ne pas faire de sortie précoce si les pertes sont supérieures à 1000 ml, malgré la recommandation HAS à 1500 ml.

Une patiente a perdu 1000 ml, des ocytociques et du Nalador[®] lui ont été administrés. Elle avait, à la NFS de J1 une hémoglobine à 83 g/l, bien supportée. Elle est sortie à J1.

Considérant le fait que l'hémoglobine atteint son taux le plus bas à J2 (48h) [16], les signes cliniques d'anémie pourraient se manifester seulement au RAD. On pourrait alors être confronté à la nécessité de faire revenir la patiente pour un traitement par fer intraveineux ou au risque de ne pas traiter l'anémie et de faire face à ses conséquences. Ainsi, le choix par la HAS du seuil de 1500ml paraît discutable et sujet à controverse.

Le TC est de 100% pour n=57. Si le seuil de 1000ml avait été choisi, le TC aurait été moins bon (98,2% pour n=57). La traçabilité est ici optimale (tc=100%, n'=57). Cela s'explique par l'importance et l'obligation de quantifier les pertes et de noter leur quantité, la présence d'une HDD ainsi que son traitement dans le DMO.

- Les critères 6 et 7 sont conformes pour la PEC et la traçabilité à 100%, n et n'=57.

En effet, la recherche d'une infection et d'une pathologie thromboembolique est systématisée, standardisée, elle fait partie de l'examen clinique d'une accouchée.

Il s'agit d'un critère facile à évaluer, à rechercher et à interroger.

- Critère 8 :

Sur les 43 patientes pour lesquelles l'EVA a été tracée (tc=75.4%, n'=57), une patiente avait une EVA à 7 et la présence d'un traitement antalgique ne figurait nulle part. Ce résultat annule ainsi la conformité du critère et souligne un défaut de prise en charge de la douleur qui n'avait pas été entendu par la sage-femme. On peut cependant se poser la question de la qualité de l'autoévaluation de la douleur par les patientes avec parfois une possible surcotation de la douleur.

Il paraît important de sensibiliser les professionnels à la traçabilité de l'EVA et à la prise en compte de sa valeur. L'EVA fait de plus partie des données à remplir systématiquement dans la feuille de suite de couche de Cristalnet[®] le jour de la sortie, or l'item n'apparaît pas toujours [Annexe 4].

- Critère 9 :

Les interactions mère-enfant n'ayant jamais été tracées (tc= 0%, n'=57), le taux de conformité de la PEC ne peut donc pas être calculé. Cependant, l'absence de fiche relation mère-enfant ou de remarques du soignant sur la qualité du lien sous-entend que la relation mère-enfant est de bonne qualité et n'inquiète pas l'équipe. En se basant sur ce constat, le *critère 9* pourrait avoir un taux de conformité (TC) de 100% (n=57) puisqu'il n'y a de fiche relation mère-enfant ou de remarques concernant cette relation dans aucun des dossiers analysés.

On peut se demander s'il s'agit d'un problème de traçabilité ou d'un problème d'évaluation et d'observation des interactions mère-enfant, avec un défaut de dépistage des troubles du lien mère-enfant. Ce défaut pourrait s'expliquer par un manque de temps lié à la surcharge de travail ou par une méconnaissance des symptômes. Pourtant, un item « relation mère-enfant » existe dans le dossier papier dédié au nouveau-né.

Une sensibilisation de l'équipe paraît importante au regard des difficultés pouvant être entraînées par une mauvaise qualité du lien mère-enfant, surtout au niveau du développement de l'enfant qui a besoin d'une relation d'attachement sécurisée avec un caregiver² (dépression, arrêt de la croissance et du développement, retrait, repli sur soi, insomnie, retard moteur, psychopathologies) [17].

²Caregiver : personne sensible et attentionnée aux interactions sociales avec lui et qui prend soin de lui de façon cohérente et continue

On pourrait envisager la création d'une grille d'évaluation, d'un score avec plusieurs items concernant le lien mère-enfant (regards, intonation de la voix, échanges, position, etc.) pour permettre une meilleure évaluation, la plus objective possible. La création d'un item « lien mère-enfant » dans la fiche « suites de couches » du DMO (compléter à la sortie de la patiente), à remplir obligatoirement, pourrait aussi améliorer la pratique professionnelle au niveau de ce critère [Annexe 4].

- Critère 10 :

L'accord de la mère ou du couple n'est jamais tracé dans les dossiers (tc= 0%, n'=57). On ne peut donc pas l'évaluer (TC= /, n=0).

Il est fort probable que l'absence de traçabilité s'explique par l'absence d'action (le professionnel ne demande pas explicitement l'accord verbal, il n'y a pas non plus d'accord écrit) car les sorties précoces sont le plus souvent une demande des patientes. Dans le contraire, le professionnel s'est assuré de l'accord de la patiente de façon tacite. En effet, il serait contraire à l'éthique de la profession de faire sortir précocement une patiente et son enfant malgré son désaccord.

Pour pouvoir respecter et être conforme à cette recommandation de la HAS, il faudrait ajouter à la fiche « suites de couches » du DMO, un item « Accord de la patiente ou du couple » à cocher de façon obligatoire [Annexe 4]. L'équipe devrait être sensibilisée à la traçabilité de cet accord, sa vérification étant déjà automatique et allant de soi pour tout soignant.

B) Analyse des critères d'évaluation portant sur le bas risque pédiatrique pour une sortie précoce.

Dans le tableau III, nous observons trois critères conformes (*critères 15, 17 et 18*) et 8 critères non-conformes (*critères 11, 12, 13, 14, 16, 19, 20 et 21*).

- Critère 11 :

Concernant le *critère 11*, tous les nouveau-nés étaient singleton mais trois d'entre eux étaient à terme < 38 SA, dont un qui faisait partie des trois enfants hypotrophes (3^o, 7^o et 8^o percentiles). Un nouveau-né était macrosome (92^o percentile). La conformité est donc annulée puisque six enfants ne respectent pas ce critère.

Concernant le terme, tous étaient à terme > ou = à 37 SA. Les professionnels ne sont donc pas conformes aux recommandations pour les sorties précoces mais sont conformes par rapport à la définition de la prématurité et ne sont donc pas dangereux.

Concernant les nouveaux nés hypotrophes ou macrosomes, Il peut s'agir d'une négligence de la part de l'équipe ou d'une décision du pédiatre ayant vu l'enfant. Le pédiatre aurait alors estimé que son état, sa santé, son examen ainsi que la perte de poids ne contre-indiquaient pas la sortie précoce malgré l'absence d'eutrophie. De plus, ces quatre enfants avaient perdu moins de 8% de leur poids de naissance. Ceci dit beaucoup d'examen pédiatriques de sortie n'étaient pas retrouvés (cf *critère 13*).

- Critère 12 :

Un enfant avait un score d'Apgar à 6 à 5 minutes de vie (4, 5, 6, 8). Cet enfant est né par césarienne et la sortie s'est faite à J3. Lors d'une sortie, le professionnel ne vérifie peut-être pas toujours le score d'Apgar.

Faire apparaître le score d'Apgar de façon automatique sur la feuille du DMO à remplir pour la sortie permettrait que l'attention du professionnel soit captée. Cette vérification du score d'Apgar doit être aussi faite par le pédiatre lors de son examen de sortie (cf *critère 13*).

- Critère 13 :

Lorsque l'examen clinique pédiatrique le jour de la sortie était tracé, il était toujours normal hormis pour un des enfants dont la sortie a été autorisée malgré son hypotrophie (8^op). Nous ne sommes pas conformes pour ce critère, pour cet enfant. Le taux de conformité est donc de 97,7% mais il concerne seulement 43 enfants (tc= 75.4, n'=57). Nous ne pouvons pas déduire si les 14 manquants sont liés à un défaut de traçabilité ou à une absence d'examen le jour de la sortie.

Ces 14 enfants avaient eu un examen par un pédiatre la veille, tracé et normal. Pour sept d'entre eux il était notifié qu'un rendez-vous pédiatrique en externe était prévu. Cette précision nous laisse penser qu'il n'y avait pas eu d'examen pédiatrique le jour de la sortie mais que le professionnel s'était néanmoins assuré que l'enfant bénéficierait de l'examen de J8 en externe. L'un de ces 14 enfants présentait un retard de croissance intra-utérin (3^op). Ceci rend sa sortie malgré l'absence d'examen pédiatrique d'autant plus problématique.

L'accent est ici mis sur l'importance de s'être assuré de la possibilité et de la programmation d'un examen pédiatrique de J8 en externe. En effet, la non-conformité pour le critère serait en partie expliquée et « atténuée » si tout les enfants, n'ayant pas été vu par le pédiatre le jour de la sortie, avaient un examen pédiatrique de prévu en externe, et s'ils avaient été vus par un pédiatre durant le séjour.

Une fois le « bas risque » attesté par un pédiatre, le suivi du nouveau-né peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin généraliste [1]. Ainsi, il faut aussi noter que la sage-femme a vu l'enfant et a fait un examen clinique le jour de la sortie (ictère, poids, selles, urines, coloration, lien mère-enfant, AM et comportement etc.).

Tous les enfants ont donc eu un examen dans les deux heures de vie et un examen par un pédiatre avant la sortie. Il faut sensibiliser les pédiatres à la nécessité supplémentaire pour les sorties précoces, de voir les enfants le jour même de la sortie.

- Critère 14 :

Dans ses recommandations, l'HAS ne précise pas de quelle température il s'agit (température prise à quel moment du séjour). Il a été choisi d'étudier les pratiques professionnelles concernant la température du jour de la sortie puisque ces recommandations concernent les sorties de maternité et que la température peut rapidement changer.

La température axillaire le jour de la sortie apparaissait dans cinq dossiers. Pour un des enfants (macrosome) elle est à 37.6°C. Les recommandations n'ont pas été respectées pour ce critère, pour cet enfant. Pour 52 enfants, aucune température n'a été tracée le jour de la sortie (tc = 8.8%, n'=57). On ne peut pas déduire s'il s'agit d'un défaut de traçabilité ou d'action.

Cependant, à l'HCE, pour un enfant à terme et eutrophe, qui n'a pas de risque infectieux, la température est prise à la naissance, au passage (H2) puis 2h plus tard. Si ces trois températures sont normales et qu'il n'y a pas de signes cliniques, la température n'est plus prise et on ne conseille pas aux parents de reprendre une température sauf si le comportement de leur bébé les inquiète. Elle est prise plus souvent si l'enfant n'est pas eutrophe.

Sur les 52 dossiers où la température de sortie n'est pas notée, la température de passage était tracée et bonne dans 48 dossiers. Pour quatre dossiers, aucune température n'était tracée. (Les températures de passage des trois enfants hypotrophes étaient bonnes).

Les professionnels sont donc en accord avec les habitudes du service, hormis pour quatre dossiers. On peut donc penser que l'absence, dans les 52 dossiers, de température tracée le jour de la sortie est liée à un défaut d'action plutôt qu'à un défaut de traçabilité. Il apparaît important de faire apparaître la température de sortie dans la fiche de sortie du DMO.

Rajouter, au protocole de service, l'obligation d'avoir une température le jour de la sortie permettrait une prise en charge systématisée et optimale des hyper/hypothermies, pouvant survenir à tout moment et une meilleure conformité aux recommandations de l'HAS. Malgré tout, la clinique doit garder sa place dans la pratique professionnelle des sages-femmes.

- Critère 15 :

Pour le *critère 15* concernant l'alimentation, le transit, les mictions et émissions des selles, les professionnels sont conformes à 100% pour n=57 (et donc tc=100%, n'=57).

Cette conformité peut s'expliquer par l'importance d'une alimentation optimale et efficace avec une courbe de poids conforme, ainsi que par l'importance de la présence d'émission des selles dans les 24 premières heures de vie et des urines dans les 36 premières heures de vie [18]. En effet, une absence d'émission des selles et / ou des urines pourrait être symptomatique de pathologies et de malformations plus ou moins graves, parfois vitales. De même, une mauvaise alimentation pourrait mettre en danger la santé de l'enfant ou être le signe d'autres anomalies (malformations ou pathologies).

Les professionnels sont donc très attentifs et sensibilisés à l'importance du dépistage des anomalies des appareils urinaire et digestif par la surveillance du transit, des mictions, des émissions des selles et de l'alimentation. Des explorations doivent être rapidement effectuées lorsqu'il y a un retard, une absence de miction et/ou de selle.

Par ailleurs, de nombreuses campagnes, la HAS, l'UNICEF, l'OMS, la SFP (PNNS) [1] [19] etc. font la promotion de l'allaitement maternel et prônent ses bienfaits et avantages.

L'HCE fait partie des maternités ayant pour projet d'obtenir le label « ami des bébés ». Pour obtenir ce label, qui vient certifier des pratiques de qualité, l'établissement doit respecter les 12 recommandations de l' « initiative hôpital ami des bébés » (IHAB). L'IHAB est fondée sur l'encouragement, le soutien et la protection de l'allaitement maternel [19].

Dans cette démarche, l'HCE a donc fait beaucoup d'efforts au niveau de l'accompagnement des couples, en particulier pour l'allaitement, ce qui peut en partie expliquer la bonne conformité du *critère 15*.

- Critère 16 :

Quatre enfants (7%) sont sortis malgré une perte de poids supérieure à 8% par rapport au poids de naissance. Tous sont eutrophes. Ceci dit, aucun de ces quatre enfants n'avait perdu plus de 10% du poids de naissance. La non-conformité de ce critère peut donc s'expliquer par le fait que les professionnels se basent sur le seuil de 10%, que les enfants sont eutrophes et que le suivi à domicile par une sage-femme libérale est assuré.

- Critère 17 :

Aucun enfant n'a présenté d'ictère ayant nécessité une photothérapie : aucune mention d'une photothérapie n'était faite dans le dossier.

Pour 40 enfants la mesure de la bilirubine transcutanée était hors zone de traitement.

Pour les trois enfants dont la mesure de la bilirubine transcutanée était dans la zone de traitement, le contrôle par la mesure de la bilirubine sanguine s'est avéré hors zone de traitement. La mesure de la bilirubine (transcutanée et/ou sanguine) à la sortie était donc hors zone de traitement pour les 43 enfants chez qui elle était tracée (tc= 75.4%, n'=57).

Pour 14 enfants, aucune mesure de la bilirubine n'était tracée mais il n'y avait pas de trace de photothérapie dans le dossier. Il a été constaté que parfois, quand la sage-femme trouve le teint d'un bébé rose, très peu ictérique, elle ne pratique pas de mesure de la bilirubine transcutanée. On peut donc penser que pour ces 14 enfants le sens clinique, qui doit garder sa place dans notre pratique, suffisait pour dire que la mesure de la bilirubine était hors zone de traitement.

Le collège national des sages-femmes de France considère en outre qu'il n'est "pas réaliste à ce jour" de recommander systématiquement la surveillance du risque d'ictère du nouveau-né par bilirubinomètre transcutané. Cette surveillance "n'est pas généralisable à l'heure actuelle en médecine de ville du fait du coût financier de ces appareils sans valorisation tarifaire de leur utilisation".

Il réfute de surcroît « l'idée que l'examen clinique ne prévale pas sur les examens complémentaires », et estime que « La surveillance clinique de la coloration du nouveau-né à chacune des consultations est un élément de première intention. Le recours au bilirubinomètre transcutané ou au prélèvement sanguin sont des éléments de seconde intention, tout du moins chez les enfants ne présentant pas de facteurs de risque d'ictère connus, y compris dans le cadre des sorties précoces » [20].

Ainsi donc les professionnels sont conformes dans le sens où ils n'ont pas fait sortir un enfant qu'ils estimaient cliniquement comme étant ictérique sans s'être assurés, par un moyen de seconde intention, qu'il était hors zone de traitement.

Pour être totalement conforme aux recommandations de la HAS, il faudrait rendre l'estimation de la bilirubinémie transcutanée obligatoire pour tous les enfants et créer un item « bilirubinémie transcutanée », à renseigner obligatoirement, dans la fiche du DMO remplie à

la sortie [Annexe 4]. (La bilirubinémie sanguine ne devant être mesurée que lorsque l'estimation transcutanée se situe dans la zone de traitement du nomogramme et doit donc être contrôlée).

- Critère 18 :

Au niveau para-clinique, des prélèvements biologiques et bactériologiques ont été effectués pour trois enfants qui avaient un risque infectieux. Ils étaient négatifs.

Aucun enfant sur les 57 ne présentait de signes cliniques d'infection.

Le TC est donc de 100% pour n=57. (tc =100% pour n'=57).

En effet, les températures aux passages de 53 enfants étaient bonnes, les quatre autres n'étaient pas tracées.

La prise de température étant importante et systématique en salle de naissance, on peut penser qu'il s'agit d'un défaut de traçabilité et qu'elles étaient donc bonnes.

Un enfant avait une température de sortie élevée, à 37.6°C. Néanmoins, le dosage de la protéine C Réactive, l'examen direct et la culture bactériologique gastrique, fais dans un contexte de haut risque infectieux (HRI), pour antécédent d'infection materno-infantile à streptocoque B avec antibioprofylaxie incomplète, étaient négatifs.

De même, tous les autres bilans infectieux biologiques et bactériologiques ont été faits dans un contexte de risques infectieux (RI) ou de HRI et étaient négatifs.

Aucun enfant n'a présenté de signes cliniques d'infection, que ce soit au niveau cutané, respiratoire, neurologique ou hémodynamique [21].³

Ce Taux de conformité de 100% peut s'expliquer par l'importance de dépister et de traiter de façon optimale toute infection du fait de leur gravité chez un nouveau-né. Les professionnels sont donc très attentifs aux signes cliniques et para-cliniques d'infection afin de garantir la meilleure prévention et la meilleure prise en charge possible.

³ Signes clinique d'infection : cutané (purpura, éruption), respiratoire (geignements, tachypnée, dyspnée, pauses respiratoires, détresse respiratoire), neurologique (fontanelle tendue, somnolence, troubles du tonus, troubles de conscience, convulsions) ou hémodynamique (teint gris, tachycardie, bradycardie, augmentation du temps de recoloration capillaire, hypotension artérielle)

- Critère 19 :

Cinquante-quatre enfants ont reçu la vitamine K1 à J0 et 34 enfants ont reçu la vitamine K1 à J1. Les mères de deux enfants ont refusé de donner la vitamine K1 à J0 et à J1. Pour un enfant, nous n'avons aucune donnée concernant la vitamine K1 à J0. Pour 21 enfants nous n'avons aucune donnée concernant la vitamine K1 à J1.

Des modifications importantes de la posologie recommandée de vitamine K1 ont été publiées par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en septembre 2014. La 1^{er} dose est maintenue le 1^{er} jour de vie, la 2^e dose est maintenue mais entre le 4^e et 7^e jour et elle est non systématique. Une 3^e dose un mois après la naissance n'est pas systématique non plus [22]. La recommandation de l'HAS est « vitamine K1 donnée », sans précision par rapport au nombre de dose, mais les recommandations de l'HAS (mars 2014) et le recueil des données de notre étude sont antérieures à ces modifications (septembre 2014).

Nous nous sommes donc basés sur les anciennes recommandations qui étaient : une dose à J0, une deuxième dose entre le deuxième et septième jour de vie, puis une dose par semaine en cas d'allaitement maternel. A l'HCE, la deuxième dose était donnée à J1.

Le Taux de conformité pour la dose donnée à J0 est 96,4 % pour n= 56, tandis que le taux de conformité pour la dose donnée à J1 est 94,4 % pour n=36. Le Taux de conformité (TC) du critère est donc de 94,4% pour n=36. On a un tc de 63,1% pour n'=57.

Le TC de 94,4% ne met pas en évidence une faute des professionnels dans leur prise en charge puisqu'il s'agit d'un refus des parents de donner la vitamine K1 à leur enfant. C'est au niveau de la traçabilité que l'on peut relever une vraie non-conformité.

Ce critère paraît donc trop large et imprécis : combien de doses donner ? Quand la/les donner ?

Les professionnels doivent à présent se baser sur la nouvelle recommandation de septembre. Si les soignants avaient été évalués par rapport à cette recommandation, il y aurait eu un TC de 96,6% pour n=56 et un tc de 98,2% pour n'=57 (partant du principe que, si la case J1 n'était pas cochée, la deuxième dose n'avait pas été donnée à J1). En effet, la deuxième dose est à présent donnée entre le quatrième et septième jour de vie de façon non-obligatoire [22].

- Critère 20 :

Dans le cadre du Plan national « Maladies rares » 2010-2014, la HAS a été saisie afin de rendre un avis sur l'extension du dépistage néonatal à une maladie supplémentaire : le déficit en MCAD. Cette maladie métabolique est fréquemment mortelle en l'absence de traitement. Sa prise en charge, très efficace, consiste à observer des règles diététiques simples. La HAS recommande le dépistage néonatal de cette maladie, car il permet de prévenir des décès facilement évitables chez des jeunes enfants. Elle a donc publié des recommandations pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD [23].

Cependant, une consultation du site de l'AFDPHE et un appel téléphonique à l'AFDPHE nous ont appris que le dépistage du déficit en MCAD (Acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne), qui devrait se trouver sur le carton de Guthrie, n'était pas réalisé à l'heure actuelle [24].

Le dépistage systématique de la surdité, au moyen des OEAA et des PEAA, a été recommandé par la HAS, pour tous les enfants avant l'âge de 3 mois aux Etats-Unis et en Europe [25].

Le dépistage des troubles auditifs a été récemment mis en place à l'HCE. Il est effectif depuis septembre 2014. La période d'inclusion étant antérieure à la mise en place de ce dépistage, nous ne l'avons pas étudié.

Les dépistages néonataux organisés par l'HCE ne concernent donc que le Guthrie.

La réalisation à la maternité ou à l'extérieur du Guthrie était tracée dans seulement 39 dossiers (tc=68.4%, n'=57). Dans les 18 autres dossiers, aucune mention du Guthrie n'y était faite. Un couple a refusé d'effectuer le Guthrie chez leur bébé. Le TC est donc à 97,4% avec n=39 mais il ne s'agit pas d'une faute puisque c'est un refus des parents.

Néanmoins, pour 18 dossiers (31,6%), la traçabilité est absente.

L'aspect « traçabilité assurée » se vérifie par la notation dans le carnet de santé de la réalisation du test du Guthrie avec le nom du professionnel, la date et l'heure de la réalisation. Nous n'avons pas rappelé les parents pour vérifier que la traçabilité était assurée. Le reste de la traçabilité se fait automatiquement par l'AFDPHE (communication des résultats à la maternité pour rappel des parents si problème). Concernant la traçabilité dans le dossier médical, elle est absente dans 31,6% des dossiers. On ne peut pas déduire s'il s'agit d'un défaut de traçabilité ou d'un défaut d'action.

La réalisation du test du Guthrie étant néanmoins très contrôlée (AFDPHE renvoie tous les résultats et notifie s'il manque un résultat), on peut penser que l'absence de traçabilité est liée au fait que le Guthrie sera réalisé en externe et que la sage-femme ne l'a pas précisé.

En rendant systématique et obligatoire la traçabilité de la réalisation du Guthrie (« fait » ou « fait par SF libérale ») par la création dans la fiche de sortie informatisée d'un item « Guthrie » [Annexe 4], on limiterait ce défaut de traçabilité et on aurait un meilleur taux de conformité de la traçabilité (tc). Cela permettrait aux professionnels de toujours bien faire attention au suivi par la sage-femme libéral et de mieux organiser la PEC du Guthrie.

- Critère 21 :

La présence d'un suivi post-partum organisé a été tracée dans 43 dossiers. Pour un couple, il n'y avait pas de suivi post-partum car la patiente ne bénéficiait pas de la sécurité sociale. En effet, elle ne vivait pas en France et était en vacances dans sa famille. Cette patiente avait néanmoins les moyens de financer son hospitalisation. Le professionnel n'avait pas d'autre choix que de la laisser sortir précocement à sa demande, malgré une absence de suivi en post-partum, l'hospitalisation coûtant très cher, de même que le suivi en post-partum. Tous les autres critères de l'HAS étaient conformes pour cette mère et son enfant. Il ne s'agit donc pas d'une faute, la non-conformité à ce critère pour ce couple mère-enfant étant inévitable et n'étant pas du ressort de l'équipe médicale. Pour les 14 autres dossiers il n'y avait aucune mention d'un suivi post-partum.

La planification d'une première visite dans les 24 heures après la sortie est présente dans seulement huit cas (14%). Dans sept cas (12,3%) la première visite ne se fera pas dans les 24 premières heures après la sortie et dans les 42 cas restants il n'y a aucune mention de la planification d'une première visite.

Sur les 42 dossiers conformes pour l'organisation du suivi post-partum, huit sont conformes pour la planification d'une première visite dans les 24 heures et sept ne le sont pas. On a donc un TC à 53,3% avec n=15 sur l'ensemble du *critère 21*. La conformité est meilleure pour l'organisation du suivi que pour la planification de la première visite. De même pour leur traçabilité.

Une plus grande sensibilisation sur l'importance de vérifier la présence d'un suivi organisé, avec une première visite dans les 24 heures et sur l'importance de la traçabilité, permettrait d'améliorer les conditions de sortie et de suivi du couple parents-enfant, par un plus grand respect du critère.

Ici encore, la création d'un item « suivi PP organisé, 1ere visite dans les 24h » dans la fiche « suites de couches » du DMO [\[annexe 4\]](#), à remplir de façon obligatoire, améliorerait la prise en charge des patientes et la conformité du critère.

ORGANISATION DU SUIVI EN POST-PARTUM

Afin d'améliorer le parcours de soin des femmes après la sortie de la maternité, le PRADO, programme d'accompagnement du retour à domicile de l'Assurance Maladie (AM), a été mis en place. Il est réservé aux couples mère-enfant à bas risque qui le souhaitent, qui répondent à des critères de sélection définis par l'AM, et qui bénéficient d'un séjour d'au moins 48 heures après un accouchement par voie basse. Un conseiller de l'AM rencontre la mère à la maternité afin de lui proposer deux visites à domicile par une sage-femme libérale après la sortie. En juin 2013, le PRADO a été proposé dans 279 maternités. Il faudrait envisager d'étendre le PRADO aux sorties précoces et aux césariennes [1] [26].

Plusieurs outils pourraient également être utilisés :

- *L'identification d'un référent de maternité et de contacts téléphoniques en maternité (numéro direct 7J/7)* pour chaque femme et nouveau-né, afin que le professionnel de ville puisse l'appeler si nécessaire.
- *Une fiche de liaison maternité/ville* qui faciliterait la circulation des informations entre les deux parties et qui comprendrait les données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né.
- *Un compte rendu du suivi en post-partum immédiat* qui permettrait le retour d'informations vers l'établissement afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de renforcer la collaboration ville-hôpital ;
- *Des conventions locales* qui permettraient la ré-hospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né [1].

L'implication et la participation active des parents dans l'organisation de la sortie de la maternité est à privilégier [1].

Le travail en réseau ville-hôpital et le recours aux réseaux en périnatalité sont aussi à privilégier. Ils permettent une meilleure organisation de la prise en charge des patients, ils favorisent la coordination des services et la continuité des soins de suivi. Le travail en réseau permet de développer des liens de confiance entre les différents intervenants (hospitaliers ou de ville) et ainsi d'assurer une cohérence du discours et des pratiques. Il facilite les réorientations [1].

CONCLUSION

Dans cette étude, on retrouve au total 12 critères sur 21 qui ne sont pas conformes aux recommandations de la HAS. Les principales raisons retenues sont un manque de sensibilisation et d'information des sages-femmes sur les nouvelles recommandations ainsi qu'un dossier et un logiciel à remplir non-adapté, ne permettant pas de tracer certains critères évalués par la HAS.

Cette étude met aussi et surtout en avant un défaut de traçabilité, en particulier pour le lien mère-enfant, l'accord du couple, les températures de sortie (a priori lié à un défaut d'action) et le suivi en post-partum.

Ainsi, pour l'ensemble des critères, une sensibilisation du personnel paraît importante, de même que vérifier et promouvoir la prise de connaissance des recommandations. Une mise à jour du logiciel Crist@I-Net au niveau de la page « suite de couche » à remplir pour la sortie pourrait permettre une meilleure conformité des professionnels [annexe 4]. On y rajouterait les critères de la HAS, à cocher dans le cas où ils seraient conformes. On pourrait également créer une feuille papier « sortie » avec les critères de l'HAS, en plus de la page « suite de couche ». De même, les professionnels auraient à cocher ces critères lorsqu'ils seraient valides. Ainsi les recommandations seraient vérifiées et respectées.

D'autre part, il ne faut pas oublier que ces recommandations, pour la sortie précoce de maternité, ne datent que de Mars 2014. Or, le recueil de données a été effectué sur les mois de mai à septembre 2014.

Les recommandations étaient donc peut-être trop récentes pour avoir une bonne prise de connaissance et une nouvelle organisation des professionnels et du service pour mettre en place différents moyens permettant de respecter les critères et d'être conformes à ses recommandations.

ANNEXES

Annexe 1 : Items de la HAS définissant le bas risque maternel pour un retour précoce à domicile.

	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 thromboemboliques
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, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.); ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.
 *** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, 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 après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

Annexe 2 : Items de la HAS définissant le bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile.

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
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 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 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 bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60 /min, fréquence cardiaque > 90 et < 170 /min au repos; ** groupe défini selon les courbes de références utilisées.

Annexe 3 : Cahier d'observation, grille d'aide à la lecture.

	Critères// N° de dossier	Interprétation (Sous critères) =
		Heure d'accouchement
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduite d'addiction et de dépendance sévère	-UTAP proposé -AS -Fiche relation -mineur -précarité -logement non adéquat -tabac >10 cigarettes par jours et/ou alcool et/ou toxicomanie, stupéfiant
2	Soutien familial et / ou social adéquat	Présence d'aide à domicile relevé par la Sage-femme
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	-Absence d'antécédents médicaux personnels ayant des conséquences à vie et/ou une PEC > plusieurs mois. -Absence de suivi et/ou de traitement devant se faire sur plusieurs mois ou années, voir à vie.
5	Absence d'hémorragie sévère du PP immédiat	Absence de: -pertes > 1500 -transfusion -embolisation - traitement chirurgical
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	Absence de signes cliniques et para-cliniques relevés par la sage-femme ce jour (Utérus tonique sous l'ombilic et cicatrice périnéale ou abdominale saine et lochies physiologiques et signes fonctionnels urinaire absents et normothermie.
7	Absence de signes thromboemboliques	Absence de signes clinique de thromboembolie relevés par la sage-femme ce jour - "l'examen clinique des membres inférieurs ne retrouve pas de signes TE" ou "RAS" ou "BAV" ou "OK" ou "souples" ou Homans négatif
8	Douleur contrôlée	-EVA < ou = 3 -Si EVA >3, ne nécessite pas plus qu'un antalgique de palier 2
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes	- "interaction/ relation mère enfant Bonne/ RAS/...." absence de Fiche relation mère-enfant ou de remarques du soignant sur la qualité du lien.
10	Accord de la mère et/ou du couple	Accord de la mère et/ou du couple

	Terme en SA	Terme en SA
1	Nouveau né a terme \geq 38 SA, singleton et eutrophe	-a terme \geq 38 SA, -singleton -eutrophe
2	Apgar \geq 7 à 5 min	Apgar \geq 7 à 5 min
3	Exam clinique normal le jour de sortie	Pédiatre a examiné et dit "Normal/ RAS/ OK..." ("pédiatre OK pour sortie"/ "vu par pédiatre: RAS"...)
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C le jour de la sortie
5	Alimentation établie (AM: observation de 2 tétés assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi	Alimentation établie (AM: observation de 2 tétés assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), -mictions -émissions spontanées des selles -transit établi
6	Perte de poids $<$ 8% par rapport au poids de naissance	Perte de poids $<$ 8% par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique. Mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme et hors zone de traitement	-Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique. -Mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme et hors zone de traitement
8	Absence d'éléments clinique ou para en faveur d'une infection si facteurs de risque (RI ou HRI): prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	Absence de signes infectieux relevés par soignant. -Si RI ou HRI : -CRP négative -LG - direct négative -LG-culture négative
9	Vit K1 donnée	-vitamine K donnée à J0 -vitamine K donnée à J1
10	Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée	La sage-femme a fait le Guthrie ou s'assure qu'il sera fait en externe / le prévoit en externe. "Guthrie réalisé/fait"; "Guthrie préparé pour SF Lib"; "SF Lib prévenue pour/ fera le Guthrie"; "carton du Guthrie donné pour SF Lib
11	Suivi PP après la sortie organisé: 1er visite prévue dans les 24h après la sortie	- "sortie SF Lib OK/Oui/..." - "SF Lib appelé/ prévenue..." - "patiente appel SF Lib" première visite prévue dans les 24h après la sortie.

Annexe 4 : Modèle d'une feuille de « suites de couches » du Gulper, dossier informatique de l'HCE de Grenoble.

Création* Métier GYNECO-OBSTETR Formulaire Suites de couches

1

Examen de sortie

Le 16/05/2015 par à J+

Température

Membres inférieurs Seins

Lochies Utérus

Périnée Cicatrice abdominale

Signes fonctionnels urinaires Transit

TV Examens divers

Alimentation EVA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vaccination

Rubéole non

Autre

Prescriptions de sortie

Editer des ordonnances

Sortie

Sortie le .../.../... Durée du séjour (j) Mode de sortie ..

Commentaire

Enregistrer Envoyer Finaliser/Valider A lire Imprimer Habiller Propriétés Fermer

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé, et Collège des Gynécologues Obstétriciens Français.
Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés - recommandations pour la pratique clinique – St Denis La Plaine : HAS ; Mars 2014.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [2] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.
financement-des-établissements-de-sante 08 /07/2014 [consulté le 07/01/2015]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>
- [3] Vert P., David G.
Résurgence de l'ictère nucléaire ou encéphalopathie de la bilirubine.
Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine - 2010;194:1623-4
- [4] l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile.
Guide pratique, St-Denis La Plaine : ANAES Mai 2004.
Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoceapres-accouchement-conditions-pour-proposerun-retour-precoce-a-domicile.
- [5] Lopez H.
Les sorties précoces et rapides: versant pédiatrique. Définition, Etat des lieux, recommandations. Mai 2013.
[Consulté le 15/01/15]
Disponible sur :
http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_03_les_sorties_rapides_ou_prcoces_-hlopez.pdf
- [6] Coulm B, Blondel B.
Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012; 42(1):76-85.
- [7] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F.
La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012; 41(2):151-66.
- [8] Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N.
Sortie précoce dans le post-partum: état des lieux en France.
Rev Epidemiol Santé Publ 2005;53(4):373-82.
- [9] HAS. Guide méthodologique
Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (2007, Mai).
[Consulté le 10/12/2014]
Disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/criteres_de_qualite_pour_levaluation_et_lamelioration_de.pdf
- [10] Haute autorité de santé
Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Oct. 2014. [Consulté le 15/02/2015]
Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
- [11] l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Coord : MJ Moquet, A Durocher.
Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999.
Disponible sur : <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
- [12] Hodaj H, Anglade D.
Recommandations pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'adulte.
Centre de la douleur/CLUD.DA-PRO-19. Version 1. Oct. 2009.

- [13] Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
Recommandations pour la pratique clinique Les hémorragies du post-partum
(Texte court) [Consulté le 30/01/15].
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
- [14] R.C. Rudigoz, C. Dupont, H.J. Clement, C. Huissoud
51^e congrès national d'anesthésie et de réanimation.
Les hémorragies du post-partum. © 2009 Elsevier Masson SAS. [Consulté le 16/02/2015]
Disponible sur : http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/med_B978-2-8101-0173-3.c0085.html
- [15] Haute Autorité de Santé et Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
Recommandations pour la pratique clinique. Hémorragie du post-partum immédiat.
J Gynecol Obstet Biol Reprod / Volume 33, supplément au n° 8, 4S1-4S136. 2004. © MASSON, Paris, Nov
2004.
- [16] Broche D, Gay C, Armand Branger S, Grangeasse, Terzibachian J.
Anémies sévères du post-partum immédiat : pratique clinique et intérêt du fer intraveineux.
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 34, N° 3-C1 - mai 2005 p. 301
- [17] Fonagy P
La compréhension des états psychiques, interaction mère-enfant et le développement du self.
Cahiers psychiatrique 1999, n° 26 (165 p.) (3 p.), pp. 37-50.
- [18] JC Picaud, A Cavalier (coord).
Manuel pratique des soins aux nouveau-nés en maternité. 2^{ème} édition.
Sauramps médical. Montpellier. 2013
- [19] Initiative Hôpital Ami des Bébé
Tout sur l'IHAB, document IHAB. [Consulté le 20/02/2015]
Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/>
- [20] APM International.
Dépêche, «Sorties de maternité : le CNSF ne valide pas certains points des recommandations de la HAS. »
Paris. Mars 2014.
- [21] Haute Autorité de Santé.
Diagnostic et traitement curatif de l'infection bactérienne précoce du nouveau-né. Recommandations.
Septembre 2002
- [22] Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé
Information importante sur le bon usage de la spécialité vitamine k1 roche 2 mg/0,2 ml nourrissons,
solution buvable et injectable. Lettre aux professionnels de santé. Sept 2014 [Consulté le 22/02/2015]
Disponible sur : <http://ansm.sante.fr>
- [23] Haute Autorité de Santé
Recommandations pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en MCAD. Juin 2011. [Consulté le
15/08/2014]
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/fs_depistage_neonatal-fr-v3.pdf
- [24] Association française pour le dépistage et la prévention du handicap de l'enfant.
Les maladies dépistées. [Consulté le 15/08/2014]
Disponible sur <http://www.afdphe.org/les-maladies-dépistées>.
- [25] Haute Autorité de Santé.
Evaluation-du-depistage-neonatal-systematique-de-la-surdite-permanente-bilaterale. Janvier 2007.
p.9 à 27. 136p [consulté le 15/08/2014]
Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
- [26] Organisation nationale syndicale des sages-femmes.
Protocole d'expérimentation pour les sorties précoces de maternité. ONSSF © 2003-2015. Mars
2015[Consulté le 22/04/2015]
Disponible sur <http://www.onssf.org/>

Résumé

Introduction :

Pratique de plus en plus courante de nos jours, la sortie précoce de maternité se doit d'être encadrée et effectuée dans la sécurité. Ainsi, sa réalisation devant se faire dans des conditions optimales, la HAS a publié des recommandations de bonne pratique concernant les sorties précoces. Nous avons évalué la qualité de la prise en charge de celles-ci par les sages-femmes ainsi que la qualité de la traçabilité des critères définissant les bas risque maternel et pédiatrique.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée au CHU de Grenoble, permettant l'analyse de 57 dossiers et la comparaison de la qualité de la prise en charge des sorties précoces aux recommandations de la HAS.

Résultats :

Nous avons trouvé 12 critères sur 21 non-conformes aux recommandations de la HAS. Deux causes principales semblent ressortir. Le logiciel et le dossier papier actuels ne permettent pas de répondre à certains critères recommandés, leur ergonomie ne semble pas, à ce jour, optimale. Par ailleurs, la formation et la sensibilisation à la bonne utilisation des dossiers papier et informatisé ainsi qu'à la bonne traçabilité des éléments définissant le bas risque maternel et pédiatrique apparaissent insuffisants.

Conclusion :

Nous pouvons améliorer la conformité des professionnels aux recommandations de la HAS concernant les sorties précoces et ainsi, la qualité de leur prise en charge et de leur traçabilité, en proposant un remaniement du DMO et/ou du dossier papier, ainsi qu'en formant les sages-femmes à leur bonne utilisation et à une meilleure traçabilité.

Mots-clés : sorties précoces, dossier informatisé, évaluation des pratiques professionnelles, traçabilité, bas risque maternel et pédiatrique, sages-femmes.