



HAL
open science

**Sortie standard de maternité des nouveau-nés à bas
risque médico-psycho-social : enquête de pratiques dans
le réseau périnatal des 2 Savoie, au regard des parcours
proposés par la Haute Autorité de Santé**

Caroline Serain

► **To cite this version:**

Caroline Serain. Sortie standard de maternité des nouveau-nés à bas risque médico-psycho-social : enquête de pratiques dans le réseau périnatal des 2 Savoie, au regard des parcours proposés par la Haute Autorité de Santé. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560929

HAL Id: dumas-01560929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560929>

Submitted on 12 Jul 2017

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.

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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE
GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SORTIE STANDARD DE MATERNITE DES
NOUVEAU-NES A BAS RISQUE MEDICO-PSYCHO-
SOCIAL : ENQUETE DE PRATIQUES DANS LE
RESEAU PERINATAL DES 2 SAVOIE, AU REGARD
DES PARCOURS PROPOSES PAR LA HAUTE
AUTORITE DE SANTE**

Mémoire soutenu le 21 juin 2017

Par SERAIN Caroline

[Données à caractère personnel]

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

Année 2017

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

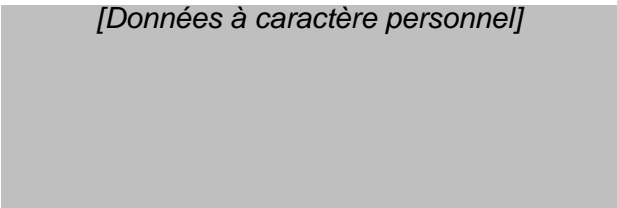
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SORTIE STANDARD DE MATERNITE DES
NOUVEAU-NES A BAS RISQUE MEDICO-PSYCHO-
SOCIAL : ENQUETE DE PRATIQUES DANS LE
RESEAU PERINATAL DES 2 SAVOIE, AU REGARD
DES PARCOURS PROPOSES PAR LA HAUTE
AUTORITE DE SANTE**

*STANDARD MATERNITY WARD DISCHARGE FOR
NEWBORNS AT LOW MEDICO-PSYCHO-SOCIAL RISK:
SURVEY OF PRACTICES IN THE RP2S PERINATAL
NETWORK WITH REFERENCE TO THE PATHWAYS
SUGGESTED BY THE HIGHER HEALTH AUTHORITY*

Par SERAIN Caroline

[Données à caractère personnel]



RESUME

Les sorties de maternités sont un point de rupture potentiel dans le parcours périnatal des mères et de leurs enfants. Les sorties standard de maternité pour les nouveau-nés à bas risque sont peu étudiées, bien que majoritaires, par rapport aux sorties précoces. Nos objectifs étaient d'établir une cartographie des pratiques en lien ces sorties dans les maternités du réseau périnatal des 2 Savoie (RP2S) au regard des parcours proposés par la HAS, et d'identifier les éventuels freins à une organisation optimale. Une étude descriptive transversale par questionnaires auto-administrés auprès de professionnels intervenant en suites de couches (SDC) était menée sur une période de 4 semaines (décembre 2016 - janvier 2017). Elle concernait les sages-femmes (SF) coordinatrices de SDC, les SF de SDC et les pédiatres. Nous avons défini pour chaque action 3 niveaux de pratiques dans les maternités : pratiqué, pratique variable et non pratiqué. Onze maternités sur 12 ont participé. Les taux de participation des SFC, des SF de SDC et des pédiatres étaient respectivement de 100%, 64% et 56%. Les pratiques étaient majoritairement hétérogènes entre les maternités du réseau : 2 actions étaient considérées comme pratiquées dans toutes les maternités de l'étude, une action était considérée comme non pratiquée et les 14 autres actions comme pratiquées de manière variable entre les maternités du réseau, voire au sein même de celles-ci. Quarante-quatre % des SF de SDC et 64% des pédiatres déclaraient rencontrer « jamais ou rarement » des difficultés ou des freins pour l'organisation de ces sorties, cependant les recommandations HAS étaient globalement peu connues.

L'amélioration des organisations suppose des pratiques plus convergentes et cohérentes. Les sages-femmes y ont un rôle central. La diffusion des outils existants ou créés par les équipes et la communication de nos résultats au sein du réseau pourront susciter un travail réflexif, favoriser la connaissance des recommandations, et surtout, les échanges au sein des équipes.

Mots clés : sortie standard de maternité ; organisation ; amélioration ; cartographie ; réseau de santé périnatale

ABSTRACT

Maternity ward discharges are a potential breaking point for mothers and new-borns in their perinatal pathway. Standard maternity ward discharges for low risk new-borns are less studied than early discharges, even if they are more frequent. Our objectives were to map these practices in the RP2S perinatal network with reference to the pathways recommended by the Higher Health Authority and to identify potential obstacles to optimal management. A descriptive transversal study with self-administered questionnaires addressed to the professionals working in the postpartum department (PPD) was carried out over a 4-week period (December 2016 - January 2017). It concerned PPD supervisor midwives (SMi), PPD midwives (Mi) and paediatricians working in PPD. For each action, we defined three levels of practice in maternity wards: practised, practised variably and not practised.

Eleven maternity wards out of 12 participated. The participation rates of SMi, PPD, Mi and paediatricians were respectively 100%, 64% and 56%. Most of the practices were heterogeneous between the maternity wards in the network: two actions were considered as practised in all of the maternity wards included in the study, one action was considered as not practised and the 14 other actions were considered as practised variably between the maternity wards in the network or within them. 84% of PPD Mi and 64% of the paediatricians declared they “never or rarely” faced difficulties in maternity ward discharge management, but the health recommendations of the Higher Health Authority were little known overall.

Discharge management implementation supposes more convergent and coherent practices. Midwives have a central role to play in this organisation. The diffusion of existing tools or those created by teams as well as communicating our results in the RP2S could spark reflection, promote knowledge of recommendations and, above all, improve communication among teams.

Keywords: standard maternity ward discharge; management; improvement; cartography; perinatal network

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme BAUDON Claire, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble,
Présidente du Jury ;

Monsieur le Pr DEBILLON Thierry, PU-PH en Réanimation Néonatale et Néonatalogie au
Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, co-président du jury ;

Monsieur Laurent GAUCHER, Sage-femme à l'HFME et Pôle IMER Hospices Civils de Lyon,
membre invité du jury,

Madame le Dr DURAND Catherine, Pédiatre coordinatrice du Réseau Périnatal des 2 Savoie,
directrice de ce mémoire ;

Madame MARTIN Claudine, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de
Grenoble, guidante de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement,

Madame le Dr DURAND Catherine, directrice de ce mémoire,

Pour m'avoir accompagné dans l'élaboration de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses encouragements et son soutien indéfectible ;

Madame MARTIN Claudine, Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble, guidante de ce mémoire,

Pour ses conseils, ses aiguillages et ses encouragements ;

Madame Claire BAUDON, Sage-femme enseignante à l'école de Grenoble, responsable de notre promotion,

Pour son écoute et l'attention portée à notre promotion durant ces trois années ;

Tous les professionnels ayant répondu aux questionnaires,

Pour leur participation.

Je remercie également,

Mes proches,

Pour leur positivité et leurs encouragements ;

Mes collègues de promotion,

Pour leur soutien et tous ces bons moments passés ensemble.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE.....	5
MATERIEL.....	5
<i>Type d'étude.....</i>	5
<i>Site de l'étude.....</i>	5
<i>Population cible.....</i>	5
METHODE	6
<i>Modalités pratiques : approbation et proposition de l'étude.....</i>	6
<i>Etapas de l'étude.....</i>	7
<i>Recueil des données</i>	7
<i>Variables recueillies.....</i>	8
<i>Critères de jugement pour établir la cartographie des pratiques par maternité</i>	11
<i>Traitement des données et analyse statistique</i>	12
RESULTATS	13
POPULATION.....	13
<i>Diagramme d'inclusion</i>	13
RESULTATS A L'ECHELLE DES PROFESSIONNELS	14
<i>Anticipation du RAD et de son organisation durant la grossesse.....</i>	14
<i>Organisation du RAD lors du séjour en SDC, dont les critères cliniques autorisant la sortie.</i>	15
<i>Liens mis en place avec la ville</i>	20
CARTOGRAPHIE DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES A L'ECHELLE DU RESEAU	23
<i>Anticipation du RAD et de son organisation durant la grossesse.....</i>	24
<i>Organisation du RAD lors du séjour en SDC.....</i>	24
<i>Liens mis en place avec la ville</i>	26
FREINS ET/OU DIFFICULTES EVENTUELLEMENT RENCONTRES LORS DE L'ORGANISATION DES SORTIES, SELON LES PROFESSIONNELS INTERROGES	27
<i>Connaissance des recommandations de la HAS en lien avec les sorties de maternité après accouchement.....</i>	27
<i>Difficultés et freins éventuellement rencontrés</i>	28
DISCUSSION.....	31
LIMITES.....	31
ANALYSE DES RESULTATS	34
<i>Anticipation du RAD.....</i>	34
<i>Organisation du RAD lors du séjour en maternité et critères autorisant la sortie pour le NN bas risque</i>	35
<i>Liens avec la ville</i>	39

<i>Freins et difficultés rencontrés par les professionnels lors de l'organisation des sorties standard des NN à bas risque.</i>	42
<i>Axes d'amélioration</i>	44
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	55
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE AUX SFC DE SDC	55
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE AUX SF DE SDC	57
ANNEXE III : QUESTIONNAIRE AUX PEDIATRES	60
ANNEXE IV : GRILLE HAS DEFINISSANT LE BAS RISQUE PEDIATRIQUE POUR UNE SORTIE STANDARD DE MATERNITE	63
ANNEXE V : PARTICIPATION DES PROFESSIONNELS PAR MATERNITE.....	63
ANNEXE VI : DONNEES BRUTES PAR MATERNITE DES ITEMS TRAITANT DE L'ANTICIPATION DU RAD EN ANTENATAL.....	65
ANNEXE VII : DONNEES BRUTES PAR MATERNITE DES ITEMS TRAITANT DE L'ORGANISATION DU RAD DURANT LE SEJOUR EN SDC	66
ANNEXE VIII : DONNEES BRUTES PAR MATERNITE DES CRITERES VERIFIES ET VALIDES PAR LES PROFESSIONNELS POUR AUTORISER UNE SORTIE STANDARD A UN NN A BAS RISQUE.....	67
ANNEXE IX : DONNEES BRUTES PAR MATERNITE DES ITEMS TRAITANT DES LIENS MIS EN PLACE AVEC LA VILLE A LA SORTIE.....	69
ANNEXE X : OUTIL « ROULETTE ».....	72
ANNEXE XI : EFFECTIFS DES « PRATIQUE » « PRATIQUE VARIABLE » ET « NON PRATIQUE » PAR MATERNITE	73
ANNEXE XII : OUTIL RP2S FICHE « JE SORS DE MATERNITE... MES RENDEZ-VOUS » POUR SORTIE STANDARD	74

ABREVIATIONS

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CIANE	Collectif inter associatif autour de la naissance
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPP	Centre Périnatal de Proximité
ETC	Echantillon théorique cible
HAS	Haute Autorité de Santé
NN	Nouveau-né(s)
PMI	Protection maternelle et infantile
PNP	Préparation à la Naissance et ç la Parentalité
PRADO	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile après hospitalisation
RAD	Retour à domicile à la sortie de maternité
RdV	Rendez-vous
RP2S	Réseau périnatal des 2 Savoie
RSP	Réseau de santé en périnatalité
SDC	Suites de couches
SF	Sage(s)-femme(s)
SFC	Sage(s)-femme(s) coordinatrice(s) (anciennement sage-femme cadre)
SFL	Sage(s)-femme(s) libérale(s)

INTRODUCTION

En France, l'immense majorité des femmes accouchent en milieu hospitalier, public ou privé [1]. La sortie de maternité constitue alors un point clé dans le parcours de périnatalité des patientes. Ce « temps particulier », à l'interface du monde hospitalier et de ville est un point de rupture potentiel dans le parcours des femmes et des nouveau-nés.

La durée de séjour après accouchement est en France plus élevée que dans les pays européens ou développés similaires. D'après un rapport de l'OCDE en 2014 [2], la durée moyenne de séjour en maternité en France tous établissements et tous types d'accouchements confondus est de 4,1 jours, quand en Allemagne la durée moyenne de séjour en maternité est de 3,1 jours, en Suède de 2,3 jours et au Royaume-Uni de 1,5 jour. La durée de séjour en maternité tend néanmoins à diminuer en France comme le montre le rapport de la DREES [3] : diminution de 0,7 jour en moyenne entre 2003 et 2014.

Les sorties précoces de maternité ont été de longue date, l'objet de recommandations de l'ANAES [4], du fait des risques pressentis pour la santé de la mère, de l'enfant et de la mise en place des interactions précoces et de l'allaitement. Mais peu d'études s'intéressent aux sorties dites normales ou standard, qui concernent aujourd'hui la majorité des diades mères/nouveau-nés, et font l'objet de moins d'attention spécifique de la part des professionnels alors qu'elles font partie du travail quotidien de toute maternité quel que soit son type et son statut.

Si les patientes sont majoritairement satisfaites de la durée de séjour en maternité d'après l'enquête CIANE de novembre 2012 [5], elles sont aussi nombreuses à déclarer être désemparées les premiers jours du retour à la maison et se plaignent d'un manque d'accompagnement. Il existe probablement une marge d'amélioration des pratiques professionnelles dans ce domaine.

A la suite de travaux de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'enfant en 2013 [6], et dans le contexte de séjours en maternité plus courts, la HAS a mis en 2014 à la disposition des professionnels des recommandations pour les sorties standards et précoces de maternité des patients à bas risque médical psychique et social, comprenant un volet maternel et pédiatrique [7]. En parallèle, la CPAM a mis en place en maternité comme dans d'autres domaines l'organisation Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) visant à sécuriser et faciliter la réduction des durées de séjour par une aide administrative à l'organisation des consultations en ville après la sortie [8].

Dans ce paysage périnatal, les réseaux de santé en périnatalité (RSP) ont un rôle central de coordination entre les professionnels pour assurer une continuité des soins optimale pour la mère et l'enfant.

Au sein du Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S) regroupant 12 maternités, un groupe de travail pluri-professionnel « sorties de maternité » a été constitué en 2015. Les premières rencontres ont mis en avant les disparités d'offre de soin en libéral selon les territoires, et les disparités d'organisation entre établissements, sans toutefois pouvoir s'appuyer sur une cartographie précise des pratiques. Il est également apparu au cours de ces rencontres que les organisations concernant la santé maternelle étaient globalement plus avancées que celles concernant plus spécifiquement les nouveau-nés.

Nous nous sommes alors demandé comment étaient organisées les sorties standard de maternité pour les nouveau-nés à bas risque médical psychique et social dans le réseau RP2S.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la pratique des maternités du RP2S dans l'organisation des sorties standard pour les nouveau-nés à bas risque médical psychique et social en établissant une cartographie des pratiques à l'échelle du réseau.

L'objectif secondaire consistait à comprendre quels étaient les éventuels freins à l'organisation de ces sorties dans le respect des recommandations de la HAS, et quels outils étaient mis en place par les équipes pour faire face aux difficultés.

La finalité de l'étude était que ce travail contribue à accompagner les établissements dans l'amélioration des pratiques par le partage d'expériences ou d'outils et à permettre aux SF de s'approprier les pratiques qui leur reviennent, leurs possibilités d'action et degré de liberté, et leur contribution à une dynamique d'amélioration des pratiques, tant sur le plan individuel que collectif.

MATERIEL ET METHODE

MATERIEL

Type d'étude

Pour répondre à la problématique nous avons construit une étude déclarative observationnelle descriptive transversale.

Site de l'étude

L'étude concernait l'ensemble des 12 maternités du RP2S, dont la participation était basée sur le volontariat. Le réseau périnatal des 2 Savoie (RP2S) est le second RSP de la région Rhône-Alpes Auvergne avec environ 16500 naissances annuelles. Le RP2S coordonne 12 maternités et 3 Centre Périnataux de Proximité (CPP) dans un territoire regroupant la Savoie, la Haute-Savoie et une partie de l'Ain (Bellegarde pays de Gex et bassin de Belley) qui représente environ 10500 km².

Ce réseau comporte 1 maternité de type 3, 1 maternité de type 2B, 4 maternités de type 2A, et 6 maternités de type 1. Dix maternités sont de statut public, et deux de statut privé.

Population cible

Celle-ci était constituée par les professionnels de 3 groupes distincts : sages-femmes coordinatrices (SFC), sages-femmes (SF) et pédiatres.

Les critères d'inclusion pour ces 3 catégories de professionnels étaient les suivants :

- pour tous : exercer dans une des maternités du RP2S s'étant déclarée volontaire pour l'étude

- pour les SF et les pédiatres : être en poste en suites de couche ou intervenir en suites de couches durant la période du recueil de données.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

La durée du recueil de données était fixée à 4 semaines, du 12 décembre 2016 au 8 janvier 2017 inclus.

METHODE

Modalités pratiques : approbation et proposition de l'étude

Approbation de l'étude

L'étude était proposée aux maternités dans le cadre d'un projet du groupe de travail du RP2S, approuvé préalablement par le comité de prévention, le bureau et le groupe « sages-femmes coordinatrices et cadres de santé » du RP2S. Les SFC de suites de couches étaient partenaires du projet.

Proposition de participation

Les coordonnées des SFC de suites de couches ont été obtenues sur listing de la part du réseau RP2S. Après annonce par le RP2S, un premier mail leur a été adressé pour recueillir leur volonté de participation à cette étude avec les SF et les pédiatres de leur maternité. Lorsqu'une réponse positive nous était retournée, le recueil de données pouvait être mis en place.

Etapas de l'étude

Pour répondre à la problématique, nous avons utilisé une méthodologie composite, en 2 étapes, faisant appel à des questionnaires s'adressant aux catégories de professionnels choisis, puis à la construction d'une synthèse des pratiques par maternité. Cette approche a été choisie dans le but de s'approcher au mieux des pratiques réelles de chaque centre, en croisant les informations issues des différents acteurs des équipes.

La première étape de l'étude consistait au recueil des informations auprès de la population cible. La seconde étape, synthèse de pratiques par maternité, consistait à construire une cartographie des pratiques par maternité. Pour la synthèse, une importance spécifique était accordée à l'homogénéité des réponses des professionnels au sein d'un même établissement.

Recueil des données

Des questionnaires individuels étaient préalablement construits, distincts par type de professionnels (Annexes I,II, III). Ils étaient auto-administrés et anonymes bien qu'identifiés par centre et par catégorie professionnelle.

Le questionnaire s'adressant aux SFC explorait des critères organisationnels. Les questionnaires s'adressant aux SF de suites de couches et aux pédiatres exploraient des critères de pratiques professionnelles.

Ces questionnaires ont été envoyés dans un second mail aux SFC des maternités volontaires, accompagnés d'une annexe décrivant l'étude et expliquant les modalités de sa mise en place dans le service. Ces documents pouvaient être mis à disposition ou transférés aux SF et aux pédiatres de suites de couches concernés. Le choix a été laissé à chaque centre quant à l'impression des questionnaires dans le service ou leur envoi postal par nos soins. Des exemplaires de questionnaires en nombre suffisant étaient mis à disposition des professionnels.

Dans chaque maternité volontaire, la détermination du nombre de professionnels constituant la population cible était établie par la sage-femme coordinatrice :

- soit par une liste des professionnels en poste ou intervenant en suite de couches sur la période de recueil. Il était demandé aux professionnels d'émarger sur la liste quand ils avaient répondu à l'enquête, mais les questionnaires restaient anonymes.

- soit si la première modalité n'était pas possible, par le comptage a posteriori des professionnels concernés, basé sur l'examen du planning de travail du service.

Une relance par mail était effectuée en milieu de période de recueil.

Les questionnaires ont été récupérés dans les centres ou renvoyés par courrier.

Variables recueillies

Dans ce travail, lorsque les termes « sortie(s) de maternité » ou « bas risque » sont utilisés sans précision supplémentaire, nous les avons considérés en tant que sorties standard pour les NN à bas risque médical psychique et social.

Dans cette enquête, nous avons individualisé les points clés suivants, abordés dans les recommandations de la HAS en 2014 : l'anticipation du retour à domicile (RAD) et de son organisation avant la naissance, les modalités de son organisation durant les suites de couche (dont les critères cliniques autorisant la sortie), et le parcours de soin proposé avec les modalités de lien hôpital/ville.

Afin de répondre à l'objectif principal, les questions principales recueillaient des variables qualitatives, binaires ou à choix multiples, ciblées sur les recommandations et critères mentionnés par la HAS. Afin de répondre à l'objectif secondaire, les questionnaires comportaient également des questions semi-ouvertes et ouvertes, visant à recueillir des variables explicatives ainsi qu'une échelle attitudinale pour recueillir une de ces variables.

Nous avons essayé de cibler au maximum les professionnels concernés par les différents items pour établir des questionnaires les plus pertinents et les moins longs possible dans le but d'obtenir un taux de réponse maximal. C'est pourquoi toutes les questions n'étaient pas adressées à toutes les catégories de professionnels systématiquement. Dans la description des variables recueillies ci-dessous, nous avons indiqué entre parenthèses après chaque variable, le/les professionnels auprès de qui nous l'avons recueillie.

Variables concernant l'anticipation du RAD et de son organisation pendant la grossesse

Nous avons recueilli les éléments suivants : l'information orale systématique en anténatal du RAD et de son organisation (SFC), la remise d'un document écrit en anténatal en lien avec le RAD et si oui le type de document (SFC) et la traçabilité de cette information dans le dossier (SF de SDC).

Variables concernant l'organisation du RAD lors du séjour en SDC

Nous avons recueilli les éléments suivants :

- Le mode de comptage de la durée de séjour (en jours ou en heures) et la disponibilité d'un outil aidant à ce mode de comptage (SF de SDC et pédiatres).
- La disponibilité d'un référentiel définissant le bas risque pédiatrique à l'attention de l'équipe de maternité (SF de SDC et pédiatres), la référence systématique des professionnels à ce référentiel avant la sortie (SF de SDC et pédiatres) et la vérification systématique de tous les critères pour valider une sortie (SF de SDC et pédiatres)
- L'abord du sujet du RAD et de son organisation durant le séjour et la remise d'un document écrit systématiquement durant l'hospitalisation (auprès des SF de SDC)

Nous avons ensuite recueilli spécifiquement les critères que les professionnels (SF et pédiatres) vérifiaient et validaient personnellement pour accorder la sortie aux NN, d'après la grille référence de la HAS (Annexe IV). Les différents items concernaient : le terme, la réalisation d'un examen médical, des critères cliniques et paracliniques (température, poids dont la prise en compte de l'alimentation et du transit, mesure de l'ictère, dépistages néonataux, absence de signes d'infection) et planification de la sortie. Nous avons ajouté à cette liste HAS, une option de choix supplémentaire pour le critère « perte de poids » avec un seuil à 10%, traditionnellement utilisé.

Variables concernant les liens mis en place avec la ville

Nous avons recueilli les éléments suivants :

- L'identification systématique et la traçabilité du nom d'un professionnel de ville pouvant assurer le suivi du NN après la sortie ainsi que la planification de ce suivi (SF de SDC et des pédiatres) ; la mise à disposition dans le service de liste(s) de professionnels de ville du secteur (SFC)
- L'information aux parents de la recommandation d'une consultation pédiatrique entre J6 et J10 (pédiatres)
- Le remplissage systématique d'un document de liaison destiné aux professionnels de ville et le type de document lorsque c'était le cas (SF de SDC et pédiatres)
- La transmission aux parents des coordonnées d'un référent de maternité (SF de SDC et pédiatres)
- Et des critères organisationnels (SFC) : existence d'un parcours spécifique (hors service d'urgence) en cas de consultation en urgence ou de ré-hospitalisation et sa description s'il existait, communication aux professionnels de ville des coordonnées d'un référent

de maternité et si c'était le cas quel était ce professionnel, et existence du PRADO dans la maternité.

Variables concernant les éventuels freins et difficultés rencontrés lors de l'organisation de la sortie

Nous avons recueilli les éléments suivants : la connaissance ou non des recommandations de la HAS de 2014 relatives aux sorties de maternité, la rencontre de difficultés ou de freins lors de l'organisation des sorties de maternité, et, le cas échéant, la fréquence et le type de difficultés (question ouverte).

Critères de jugement pour établir la cartographie des pratiques par maternité

Les variables ont été étudiées par maternité. Nous avons considéré une action comme pratiquée dans la maternité donnée en cas de :

- déclaration positive de la SFC quand la question la concernait ou
- réponse positive de >75 % de toutes les catégories de professionnels concernés (SF de SDC et/ou pédiatres)

Nous avons considéré une action non pratiquée en cas de :

- déclaration négative de la SFC quand la question la concernait ou
- réponse négative de >75% de toutes les catégories de professionnels concernés (SF de SDC et/ou pédiatres)

Dans tous les autres cas, où l'action était pratiquée de manière variable, nous avons considéré qu'il n'existait pas d'attitude d'équipe.

Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été répertoriées, saisies puis analysées à l'aide du logiciel Statview.

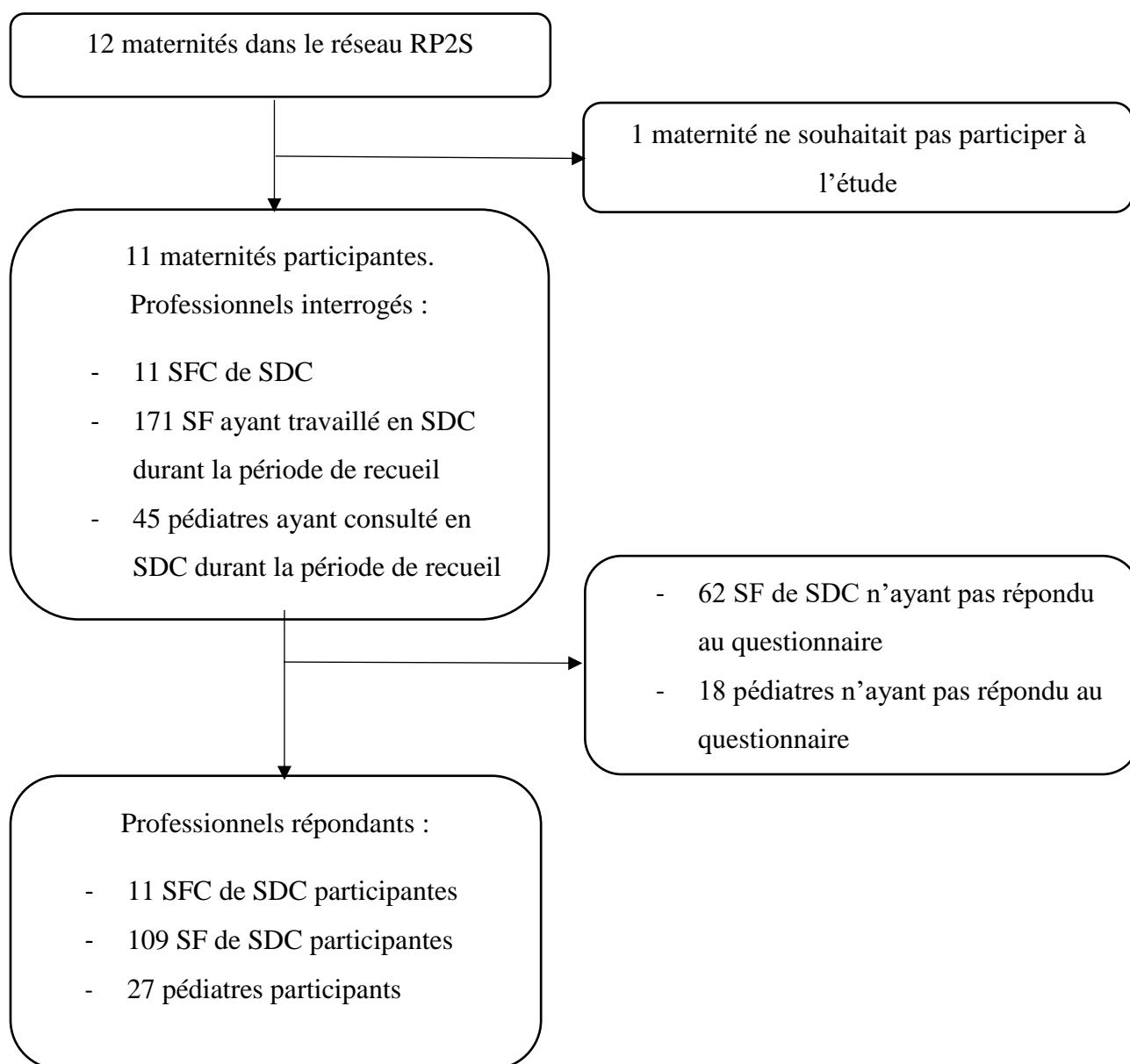
Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif n et la proportion %. Les pourcentages obtenus ont été arrondis à l'entier supérieur. Les réponses aux questions ouvertes et semi ouvertes ont été transcrites dans le texte.

RESULTATS

POPULATION

Diagramme d'inclusion

Figure 1 : *flow-chart*



1. Maternités

Parmi les 12 maternités du RP2S, une maternité de type 1 a refusé la participation à l'étude. Les 11 autres ont accepté d'y participer : 1 maternité de type 3, 1 maternité de type 2B, 4 maternités

de type 2A, et 5 maternités de type 1. Dix maternités étaient de statut public, et une de statut privé.

Les maternités participantes assuraient, en 2015, 92% des 16 596 naissances totales du RP2S.

2. Professionnels

Le taux de participation des SFC de SDC était de 100 % de l'échantillon théorique cible (ETC), celui des SF de SDC était de 64% et celui des pédiatres de 56%.

Le nombre de professionnels éligibles et la répartition des participants figure en annexe (Annexe V).

RESULTATS A L'ECHELLE DES PROFESSIONNELS

Anticipation du RAD et de son organisation durant la grossesse.

Tableau I : items concernant l'anticipation de l'organisation de la sortie de maternité durant la grossesse

	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
Informations sur le RAD et son organisation systématiquement données à l'oral pendant la grossesse par les professionnels lors des consultations prénatales		
SFC	8/11	73
Document écrit sur le RAD et son organisation remis à la patiente systématiquement en anténatal		
SFC	7/11	64
Trace de l'abord du RAD et de son organisation en anténatal systématiquement retrouvée dans le dossier en SDC		
SF	3/108*	3

* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires : Trace de l'abord du RAD et de son organisation en anténatal systématiquement retrouvée dans le dossier en SDC (*n*=1).

Toutes les maternités du réseau ayant participé à l'étude proposaient des consultations prénatales en maternité.

Dans 8 des maternités participantes, les sages-femmes coordinatrices déclaraient que les patientes reçoivent systématiquement une information orale concernant le RAD et son organisation lors de ces consultations prénatales.

Dans 7/11 maternités, les sages-femmes coordinatrices déclaraient qu'un support écrit d'information sur le RAD était distribué par les professionnels aux patientes.

Trois pour cent des SF de SDC déclaraient retrouver une trace systématique de l'abord du RAD et de son organisation dans le dossier des patientes en SDC. Le détail par maternité figure en annexe (Annexe VI).

Organisation du RAD lors du séjour en SDC, dont les critères cliniques autorisant la sortie.

1. Organisation du RAD lors du séjour en SDC

Tableau II : items concernant l'organisation de la sortie durant la période d'hospitalisation en SDC

	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
Compte de la durée du séjour en heures		
SF	17/109	16
Pédiatres	6/27	22
Existence d'un référentiel (grille de l'HAS ou protocole) définissant le bas risque pédiatrique à disposition des professionnels dans le service		
SF	49/107*	46
Pédiatres	14/26 *	54

Référence systématique du professionnel à ce référentiel lors de l'organisation d'une sortie standard		
SF	20/48*	42
Pédiatres	3/14	21
Vérification par le professionnel que tous les critères définissant le bas risque pédiatrique, selon la HAS, soient validés pour accorder la sortie standard au NN		
SF	18/108*	17
Pédiatres	1/27	4
Abord du sujet du RAD et de son organisation plusieurs fois durant le séjour		
SF	105/105*	100
Document sur RAD et son organisation donné systématiquement en maternité		
SF	48/108*	44

* = les données n'étaient pas renseignées pour n nombre de questionnaires : Existence d'un référentiel définissant le bas risque pédiatrique à disposition des professionnels dans le service ($n=2$ pour les SF et $n=1$ pour les pédiatres), référence systématique à ce référentiel ($n=1$ pour les SF), vérification de tous les critères définissant le bas risque, selon la HAS, soient validés pour accorder la sortie au NN ($n=1$ pour les SF), abord du sujet du RAD plusieurs fois durant le séjour ($n=4$), document sur RAD donné en maternité ($n=1$).

Compte durée de séjour : Sur les 11 maternités concernées, 16 % des SF et 22 % des pédiatres déclaraient compter le séjour en heures.

Les résultats détaillés en annexe (Annexe VII) montrent que dans une des maternités, 78% (11/14) des SF comptaient la durée de séjour en heures, versus 16% (1/6) des pédiatres. Cette maternité était la seule déclarant disposer d'un outil spécifique pour faciliter le comptage en heures en post partum (roulette, Cf Annexe X). Dans 3 maternités aucun professionnel n'utilisait le comptage en heures. Dans les autres structures, quelques professionnels isolés comptaient la durée de séjour en heures.

Existence d'un référentiel (grille HAS ou protocole) définissant le bas risque pédiatrique mis à disposition des professionnels dans le service : 46% des SF et 54% des pédiatres affirmaient

disposer dans le service d'un référentiel définissant le bas-risque pédiatrique pour les sorties standards.

Ces déclarations étaient homogènes entre les professionnels au sein de 5 maternités : référentiel à disposition dans 3, absence de référentiel dans 2. Dans les 6 établissements restants, les professionnels d'une même structure avaient des déclarations variables, y compris au sein des SF et au sein des pédiatres (Cf. annexe VII).

Parmi les professionnels déclarant avoir un référentiel à disposition, 42% des SF et 21% des pédiatres affirmaient s'y référer systématiquement.

Vérification par le professionnel que tous les critères définissant le bas risque pédiatrique selon la HAS soient validés pour accorder la sortie standard au NN : 17% des SF et 4% des pédiatres (soit 1 pédiatre sur l'ensemble des pédiatres interrogés) ont indiqué vérifier la validation de chaque critère définissant le bas risque pédiatrique selon la HAS pour accorder la sortie standard aux NN.

Dans 4 maternités, aucun professionnel ne vérifie tous ces critères HAS avant de valider la sortie (Cf. annexe VII).

Abord du sujet du RAD et de son organisation plusieurs fois durant le séjour : toutes les SF déclaraient aborder le sujet du retour à domicile à plusieurs reprises durant le séjour des patientes.

Document sur RAD et son organisation donné systématiquement en maternité : 44% des SF indiquaient distribuer systématiquement un document concernant la sortie durant le séjour en SDC. Il s'agissait majoritairement d'un document propre à la maternité concernée.

Les réponses étaient homogènes au sein des SF dans 5 maternités (4 utilisant un support systématiquement et une n'en disposant pas). Dans les autres maternités, les réponses étaient variables au sein d'une même maternité, aussi bien sur l'existence d'un document écrit, que son type et son utilisation éventuelle (Cf. Annexe VII).

1. Focus sur les critères validés par les professionnels, dont les critères cliniques pour accorder la sortie standard au NN.

Tableau III : critères définissant le bas risque et autorisant la sortie standard aux NN

	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
NN à terme > ou = 37 SA singleton et eutrophe		
SF	99/108*	92
Pédiatres	20/27	74
Examen clinique normal réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie		
SF	93/108*	86
Pédiatres	24/27	89
Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C		
SF	56/108*	52
Pédiatres	9/27	33
Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), miction et selles émises, transit établi		
SF	101/108*	94
Pédiatres	19/27	70
Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance		
SF	35/107*	33
Pédiatres	9/27	33
<i>Perte de poids <10% par rapport au poids de naissance</i>		
SF	55/107*	51
Pédiatres	15/27	56

Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme		
SF	76/108*	70
Pédiatres	20/27	74
Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection, si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs		
SF	106/108*	98
Pédiatres	25/27	93
Dépistages néonataux réalisés à la maternité		
SF	86/108*	80
Pédiatres	16/27	59
Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48H suivant cette sortie		
SF	82/108*	76
Pédiatres	16/27	59

* = les données n'étaient pas renseignées pour n nombre de questionnaires : Pour tous les critères ($n = 1$ pour les SF)

L'analyse par critère montre les résultats suivants :

Les critères généralement pris en compte par les SF et les pédiatres étaient : vérification du terme ; examen clinique réalisé entre 48h après la naissance et avant la sortie ; absence d'infection.

Les réponses étaient variables pour : vérification de la température ; alimentation et transit établis ; absence d'ictère nécessitant une photothérapie ; vérification de la réalisation des dépistages néonataux en maternité et planification d'une consultation de suivi dans la semaine suivant la sortie (critère détaillé dans la partie suivante).

En ce qui concerne le critère de la perte de poids, 33% des SF et 33% des pédiatres utilisaient le seuil HAS de 8%, 51% des SF et 56% des pédiatres utilisaient le seuil de 10%. Seize % des SF et 11 % des pédiatres ne se sont pas prononcés sur cet item.

Les détails figurent en annexe (Annexe VIII).

Liens mis en place avec la ville

Tableau IV : items concernant le lien avec la ville lors de l'organisation de la sortie de maternité

	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
Identification systématique en SDC du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN après la sortie		
SF	87/106 *	82
Pédiatres	14/27	52
Traçabilité du nom du référent du suivi quand il est identifié		
SF	69/87	79
Pédiatres	8/14	57
Listes des SFL et/ou PMI à disposition dans les services		
SFC	8/11	73
Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48H suivant cette sortie		
SF	82/108*	76
Pédiatres	16/27	59
Information aux parents sur la recommandation d'une visite pédiatrique entre J6 et J10, même si le premier certificat de santé est effectué en maternité		
Pédiatres	18/27	67
Coordonnées d'un référent de maternité données aux parents systématiquement avant la sortie		
SF	60/108*	56
Pédiatres	11/26*	53
Coordonnées d'un référent de la maternité communiquées aux professionnels de ville		
SFC	3/11	27
Document de liaison écrit concernant le NN rempli systématiquement par les professionnels hospitaliers pour être transmis et permettre le lien avec les professionnels libéraux		
SF	107/108*	99
Pédiatres	27/27	100
PRADO proposé		
SFC	5/11	46

Existence d'un parcours de soin spécifique pour le NN si consultation en urgence ou ré-hospitalisation (hors service d'urgences générales)		
SFC	6/11	55

* = les données n'étaient pas renseignées pour n nombre de questionnaires : Identification systématique du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN après la sortie ($n=3$ pour les SF), coordonnées d'un référent de maternité données aux parents systématiquement avant la sortie ($n=1$ pour les SF et $n=1$ pour les pédiatres), document de liaison écrit concernant le NN rempli systématiquement par les professionnels hospitaliers pour être transmis et permettre le lien avec les professionnels libéraux ($n=1$ pour les SF).

Identification systématique du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN après la sortie : 82% des SF et 48% des pédiatres s'assuraient systématiquement que les parents aient identifié un professionnel pouvant assurer le suivi de leur NN après la sortie de la maternité.

Le détail de ces résultats apparaissant en annexe (Annexe IX) montre que dans 2 établissements, l'ensemble des professionnels l'identifiait et dans 6 autres une seule catégorie de professionnels l'identifiait : soit toutes les SF, soit tous les pédiatres. Dans les établissements restants l'identification n'était pas systématique (soit entre les SF et les pédiatres soit entre les professionnels d'une même catégorie).

Soixante-dix-neuf % des SF et 57% des pédiatres qui avaient identifié un professionnel déclaraient tracer son nom dans le dossier systématiquement.

Une liste des SFL et/ou de PMI était à disposition dans le service dans 8 maternités. La mise à disposition de liste de médecins (généralistes ou pédiatres) n'était déclarée dans aucune maternité.

Planification du suivi post partum dans la semaine suivant la sortie (idéalement dans les 48 heures): 76 % des SF et 59% des pédiatres s'assuraient que ce RDV était pris avant la sortie.

Dans une des maternités, aucun professionnel ne déclarait s'en assurer (Cf. annexe IX).

Information de la recommandation d'une consultation pédiatrique entre J6 et J10 : 73% des pédiatres déclaraient informer systématiquement les parents de la recommandation d'une visite pédiatrique entre J6 et J10.

Les réponses étaient homogènes dans 10 maternités (information délivrée dans 6 maternités, versus non délivrée dans 4 maternités). Huit pédiatres ne délivraient pas l'information : 7 en raison du manque de confrères en ville pour assurer cette consultation et un ne connaissait pas la recommandation.

Coordonnées d'un référent de maternité données aux parents systématiquement avant la sortie : 56% des SF et 53% des pédiatres donnaient systématiquement les coordonnées d'un référent de maternités aux parents.

Dans 2 maternités, tous les professionnels donnaient ces coordonnées, dans une autre, l'ensemble des SF les donnait et dans les autres maternités, cette information n'était pas donnée de manière systématique (aussi bien entre les professionnels d'un même établissement et qu'au sein d'un même corps de métier) (Cf. annexe IX).

Coordonnées d'un référent de maternité communiquées aux professionnels de ville : 3 SFC affirmaient que les coordonnées d'un référent de maternité avaient été communiquées aux professionnels de ville.

Dans un établissement ce référent était la SFC, dans le deuxième il s'agissait de la SF chargée spécifiquement de l'organisation de sorties de maternité et dans le troisième il s'agissait du pédiatre des urgences.

Document de liaison écrit concernant le NN rempli systématiquement par les professionnels hospitaliers pour être transmis aux professionnels de ville : 99% des SF et 100% des pédiatres déclaraient remplir au moins un document de transmission professionnelle concernant le NN. Il s'agissait le plus souvent du carnet de santé (cité 93 fois par les SF et 25 fois par les pédiatres) ; d'une fiche de liaison (58 SF et 6 pédiatres) et/ou d'un courrier automatique (50 SF et 6 pédiatres).

PRADO : 5 maternités sur 11 déclaraient adhérer au programme PRADO, et une maternité supplémentaire déclarait avoir cette organisation en projet.

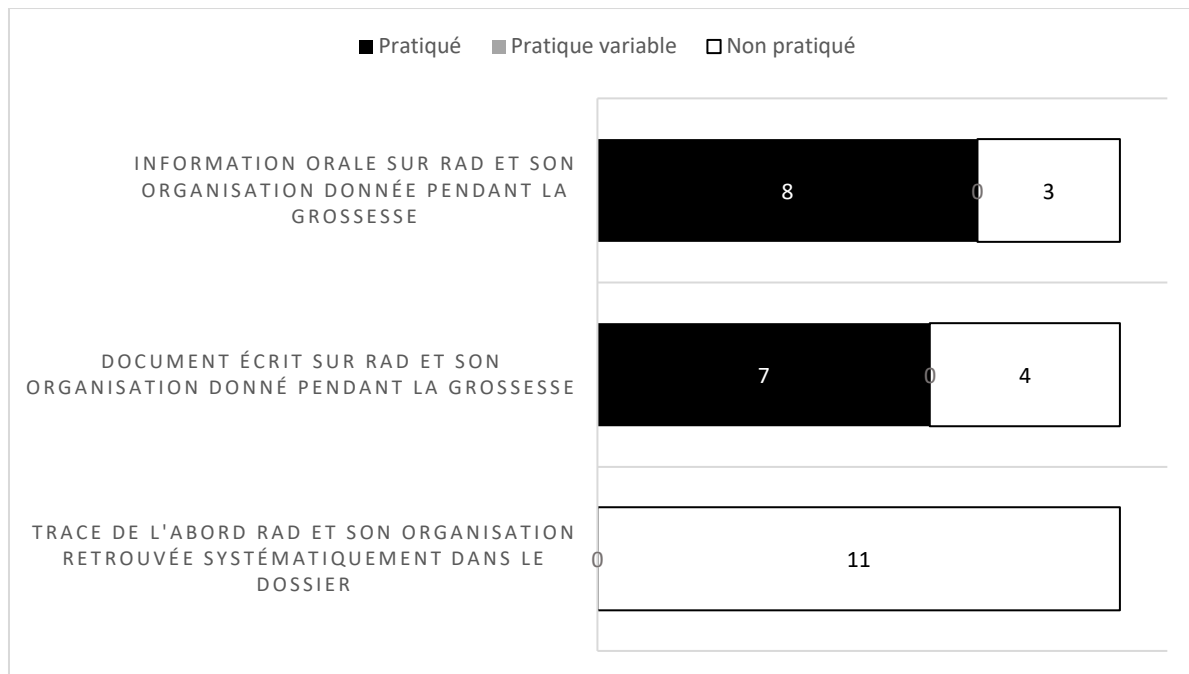
Existence d'un parcours de soin spécifique dans l'établissement en cas de nécessité de consultation en urgence ou de ré-hospitalisation (hors service d'urgences générales) : Dans une maternité, la SFC a déclaré qu'il existait un parcours de soin spécifique. Il s'agissait de la possibilité « d'appeler le pédiatre de garde » orientant éventuellement vers les « urgences pédiatriques » menant ou non à « une hospitalisation pédiatrique ». Les autres maternités ne déclaraient pas d'organisation pédiatrique spécifique au post partum (Cf. annexe IX).

CARTOGRAPHIE DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES A L'ECHELLE DU RESEAU

La cartographie a été construite à partir des données brutes apparaissant en annexe VI, VII et IX, selon la méthodologie énoncée dans la partie « critères de jugement ». Les pratiques ont été considérées par maternité puis analysées dans les graphiques à l'échelle du réseau.

Anticipation du RAD et de son organisation durant la grossesse.

Figure 2 : cartographie à l'échelle du réseau des pratiques concernant l'anticipation du RAD et de son organisation

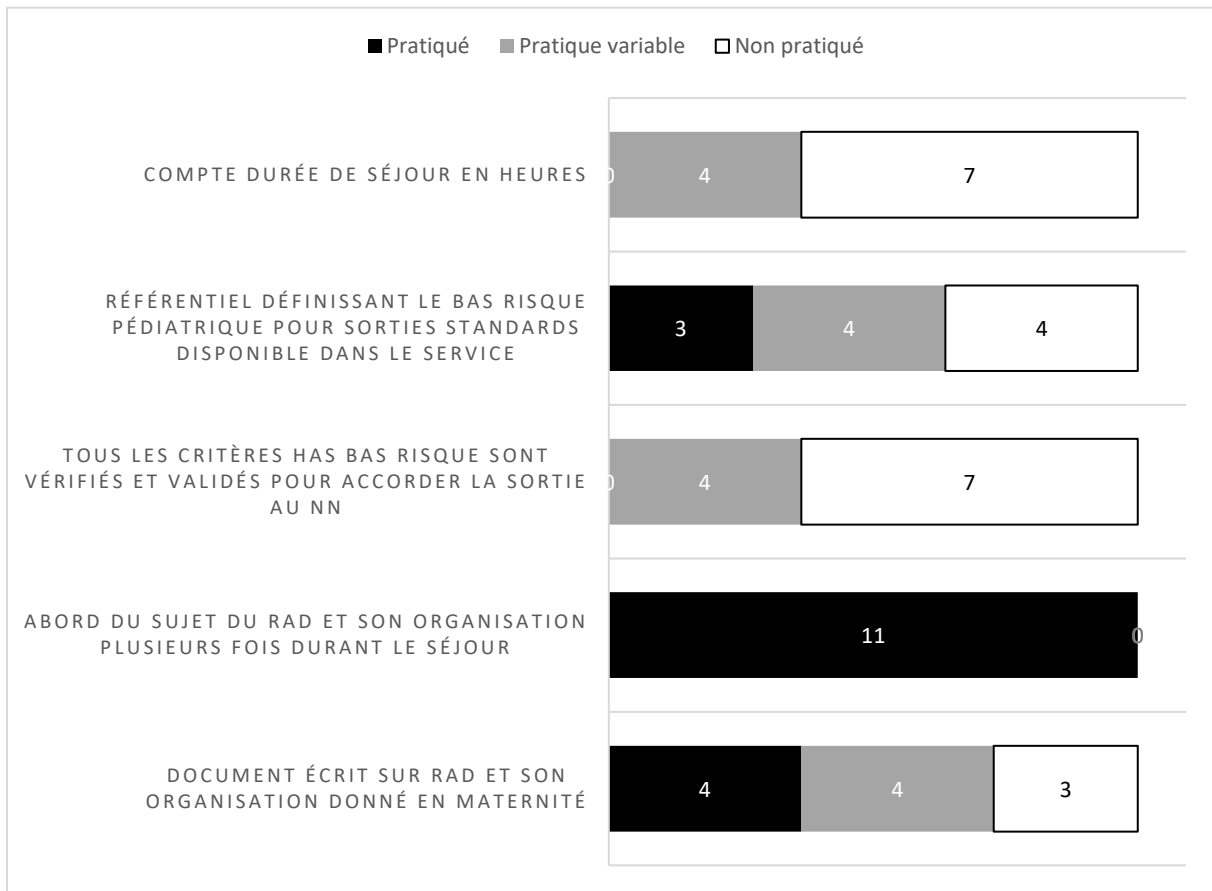


L'information orale sur l'organisation de la sortie de maternité durant la grossesse était effective dans 8 maternités sur les 11, un support écrit était distribué dans 7 maternités sur 11. La traçabilité n'était effective dans aucune maternité.

Organisation du RAD lors du séjour en SDC

Les pratiques concernant l'organisation du RAD lors du séjour en SDC sont représentées sur la figure 3 ci-après.

Figure 3 : cartographie à l'échelle du réseau des pratiques concernant l'organisation de la sortie durant l'hospitalisation

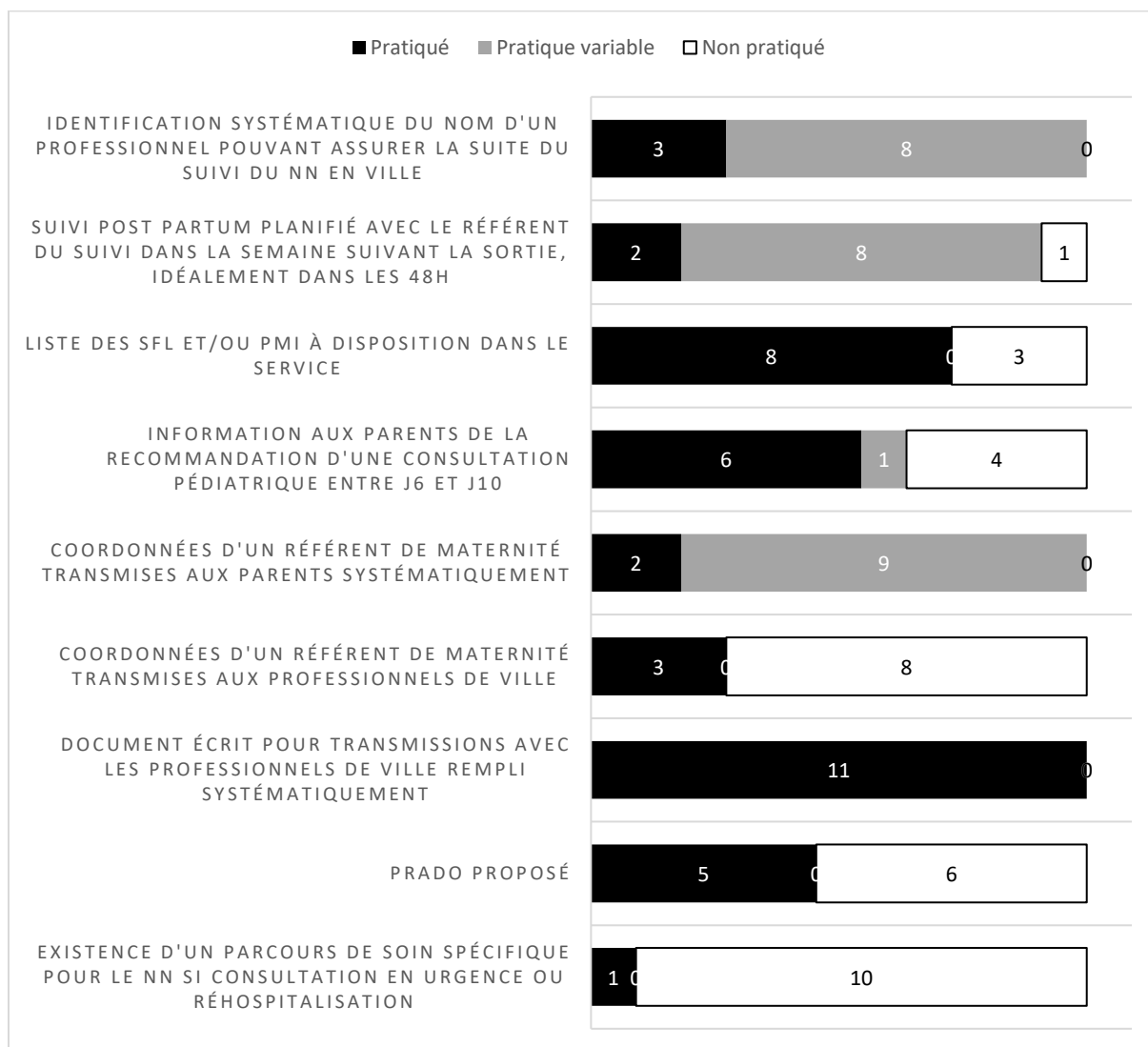


Certaines pratiques étaient variables selon les maternités : mise à disposition d'un référentiel définissant le bas risque pédiatrique dans le service, délivrance d'un document concernant l'organisation du RAD aux parents.

Certaines pratiques étaient variables au sein des équipes, ne permettant pas de définir une pratique habituelle dans la maternité concernée : compte de la durée du séjour en heures (4 maternités), existence d'un référentiel définissant le bas risque pédiatrique (4 maternités), vérification de la validation de tous les critères HAS pour accorder la sortie (4 maternités), délivrance d'un document concernant l'organisation du retour à domicile aux parents (4 maternités).

Liens mis en place avec la ville

Figure 4 : cartographie à l'échelle du réseau des pratiques concernant les liens avec la ville



Dans 3 maternités sur 11, le professionnel en charge du suivi était identifié systématiquement. Dans 2/11 maternités, les professionnels déclaraient s'assurer du RV avant la sortie. Une liste de SFL et/ou de PMI était mise à disposition dans 8 maternités. Cinq maternités adhéraient au dispositif PRADO. Dans 2/11 maternités, les professionnels déclaraient s'assurer systématiquement du RdV avant la sortie. Dans 6 maternités sur 11 les pédiatres informaient les parents de la recommandation de la consultation pédiatrique J6-J10.

Dans toutes les maternités, un support écrit de transmission entre professionnels (hôpital-ville) était utilisé.

Une maternité déclarait disposer d'un parcours de soin spécifique en cas de nécessité de consultation ou ré-hospitalisation en urgence du nouveau-né. Les coordonnées d'un référent de maternité étaient données systématiquement aux professionnels de ville dans 3 maternités, et aux parents dans 2.

Certaines pratiques étaient variables au sein des équipes, ne permettant pas de définir une pratique habituelle dans la maternité concernée. Les pratiques concernées étaient : l'identification systématique du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN à la sortie de la maternité (8 maternités), la planification du suivi à la sortie de la maternité (8 maternités) et la transmission des coordonnées d'un référent de maternité aux parents (9 maternités).

FREINS ET/OU DIFFICULTES EVENTUELLEMENT RENCONTRES LORS DE L'ORGANISATION DES SORTIES, SELON LES PROFESSIONNELS INTERROGES

Connaissance des recommandations de la HAS en lien avec les sorties de maternité après accouchement

Dans 2 maternités, toutes les SF et tous les pédiatres interrogés déclaraient avoir connaissance de ces recommandations.

Dans 7 maternités, 50% ou plus des SF et/ou des pédiatres déclaraient ne pas connaître ces recommandations.

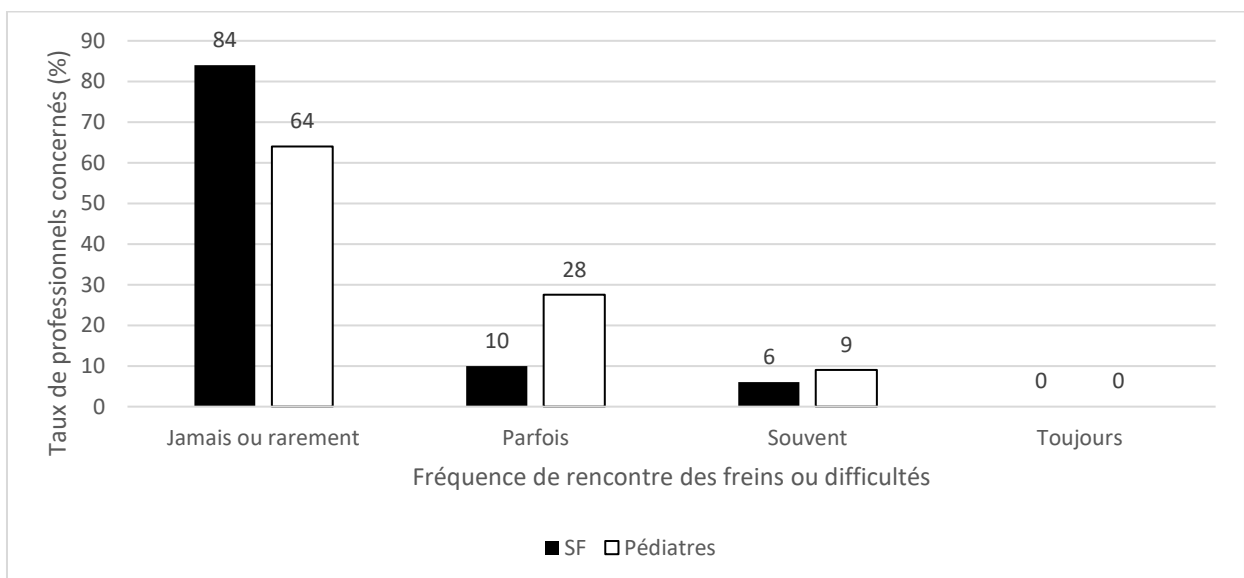
Dans les 2 maternités restantes, chaque catégorie de professionnels connaissait les recommandations à plus de 50%.

Les 2 maternités dans lesquelles tous les professionnels déclaraient connaître les recommandations font partie des maternités où il y a le plus d'items « pratiqués » (respectivement 7/14 et 6/14) et où il y a le moins d'items « non pratiqués » (5/14) (Cf. Annexe XI), items apparaissant dans les figures 2, 3, 4. Nous retrouvons un nombre d'items « pratiqués » de 6/14 dans 5 autres maternités et « non pratiqués » de 4/14 ou de 5/14 dans 4 autres maternités. Le détail des résultats figure en annexe (annexe XI).

Difficultés et freins éventuellement rencontrés

Les déclarations des professionnels concernant d'éventuels freins ou difficultés rencontrées pour l'organisation des sorties sont représentées sur la figure 5.

Figure 5 : Difficultés et freins rencontrés lors de l'organisation des sorties par les SF et les pédiatres de SDC.



La plupart des SF de SDC (84%) et des pédiatres (64%) ne rencontraient « jamais ou rarement » de difficultés ou de freins pour organiser les sorties. Aucun des professionnels interrogés n'a déclaré rencontrer « toujours » ces difficultés.

Les réponses aux questions ouvertes étaient les suivantes :

Concernant l'anticipation :

- « l'absence d'organisation anticipée de la part des parents » (1 SF)

Concernant l'organisation en SDC :

- organisation « compliquée, ramifiée, supports complexes et nombreux » (1 SF)
- « perte de temps pour inscrire les informations aux différents endroits » (1 SF)
- « absence de pédiatre à la maternité le dimanche » (1 SF)
- « horaires des visites de sortie par les pédiatres dans le service » (1 SF)
- « incompréhension des patientes de la différence entre sortie précoce et PRADO » (1 SF)
- « pas de lien entre la CPAM et le service » (1 SF)
- « relai par les SFL trop laissé au bon vouloir des patientes » (1 pédiatre)

Concernant les liens avec la ville et le parcours de soin proposé :

- « manque de disponibilité des pédiatres/confrères de ville » (3SF, 2 pédiatres)
- « manque de confrères en ville pour assurer la consultation J6-J10, quantitativement et géographiquement » (1 pédiatre)
- « manque de disponibilité des professionnels libéraux dans le secteur » (1 pédiatre)
- « visite chez un pédiatre parfois tardive une fois sorti de la maternité » (1 SF)
- « préfèrent aller peser leur bébé en PMI plutôt que de voir une SFL à domicile » (1 SF)

- « problème d'équipement des SFL pour le suivi de la bilirubinémie transcutanée » (1 pédiatre)

DISCUSSION

Cette enquête nous a montré qu'au sein du RP2S, les pratiques concernant les sorties standard de maternité pour les NN à bas risque étaient majoritairement hétérogènes entre les maternités voire au sein même de celles-ci. Cependant, peu de professionnels déclaraient rencontrer des difficultés lors de l'organisation de ces sorties.

Limites

L'étude a été bien accueillie par les maternités du réseau avec une participation de 11 maternités sur 12 (une maternité n'a pas pu participer car elle était en cours de certification). Néanmoins, une première limite de l'étude est la représentativité de notre échantillon de professionnels. Du fait du délai imparti, nous avons choisi d'interroger les professionnels présents en SDC sur une période de 4 semaines, l'ETC n'était donc pas représentatif de l'ensemble des professionnels exerçant dans chaque structure.

De plus, ont participé à l'étude seulement 64% de l'ETC des SF et 56% des pédiatres. Nous avons tenté de favoriser la participation des professionnels à travers plusieurs démarches de partenariat avec chaque maternité participante pour assurer la bonne mise en place et donc la réussite de l'étude : accord de la SFC pour que l'étude soit effectuée dans son service auprès de ses collaborateurs et mise à disposition des questionnaires, des listes d'émargement et des enveloppes de recueil dans les services directement à portée des professionnels concernés visant à rendre la participation la plus simple possible. La participation pouvait être limitée également du fait de la période de vacances de fin d'année au milieu de la période de recueil (congés, remplacements...).

Cependant, nous avons considéré que l'échantillon sollicité témoignerait bien des pratiques, puisqu'il ne s'agissait pas de faire un état des lieux à l'échelle personnelle mais bien de faire ressortir une attitude d'équipe dans les maternités puis à l'échelle du réseau. En ce qui concerne plus spécifiquement la participation des pédiatres, dans les 3 maternités où un seul pédiatre a participé, nous avons été informés qu'il s'agissait du pédiatre référent de la maternité. Nous avons donc pris en compte leurs réponses en considérant que leurs pratiques étaient représentatives de celles des autres pédiatres de leur maternité respective.

La seconde limite de cette étude est son manque de validité externe. Effectivement, cette étude est restreinte aux professionnels des maternités d'un seul réseau de périnatalité. Nos résultats ne peuvent être généralisés à une autre échelle, régionale ou nationale.

Il pourrait exister dans nos résultats un biais de sélection causé par les non réponses, mais celles-ci ont été rares (au maximum 4/109), d'où peu d'incidence sur nos résultats.

D'autre part, nous avons conscience qu'interroger les professionnels sur leurs pratiques les amène à réfléchir voire à se remettre en question sur leur travail au quotidien, ce qui est un exercice difficile. Nous risquons donc de n'avoir en retour que, ou majoritairement, des questionnaires de professionnels pensant avoir de bonnes pratiques. Les professionnels pour qui ce n'était pas le cas n'auraient pas eu envie ou n'auraient pas pris le temps de répondre. Nous avons tenté d'atténuer ce biais par le caractère anonyme des questionnaires. Tous les professionnels étaient informés de cet anonymat, leur laissant la possibilité de s'exprimer en toute transparence sur leurs pratiques.

En outre, ce type d'étude peut induire l'effet Hawthorne [9], améliorant artificiellement la « photographie » des pratiques. Il s'explique par une plus grande motivation des sujets d'une enquête dès lors qu'ils ont conscience de sa réalisation. Ce qui au final a un effet positif sur les pratiques.

Il existe également un biais d'information du fait du caractère déclaratif de l'étude. Ce biais aurait pu être évité par la présence d'un enquêteur sur le terrain pour constater par lui-même les pratiques qu'il observerait. Toutefois, compte-tenu du temps imparti et du grand nombre de professionnels concernés (plusieurs catégories de professionnels dans 11 maternités différentes), il n'était pas possible de mobiliser un enquêteur sur le terrain, ou alors le taux de participation aurait été fortement diminué et la pertinence des résultats aurait été médiocre. De plus, cette stratégie de recueil aurait induit un autre biais : celui de la subjectivité de l'enquêteur. C'est pourquoi nous avons estimé que d'enquêter selon le mode déclaratif était bien adapté, ceci épargnant aux professionnels le sentiment d'évaluation de la part de l'enquêteur.

Enfin, pour construire la cartographie à l'échelle du réseau, nous avons choisi arbitrairement des critères de jugement concernant l'homogénéité des pratiques au sein d'une équipe. Nous n'avons pas trouvé de référence décrivant à partir de quel seuil il serait justifié de considérer une pratique établie ou non dans un groupe de professionnels. Nous avons choisi le seuil de 75%. De plus, la méthodologie choisie pour l'étude introduit une particulière exigence sur l'homogénéité des pratiques dans les équipes : nous avons exigé pour considérer une pratique effective, la nécessité de réponse homogène de l'ensemble des professionnels de suites de couches, dans une entité «équipe» formée par le groupe commun SF-pédiatres. Or pour certaines questions, une validation du critère au sein d'une unique catégorie professionnelle aurait pu être suffisante. Nous pouvons prendre l'exemple du critère «identification du nom du professionnel pouvant prendre la suite du suivi du NN» ou «dépistages réalisés». Cependant, dans une démarche qualité et de gestion des risques, l'existence d'une série de défenses et d'alertes (de type barrières de sécurité) en multipliant les vérifications selon le modèle de Reason [10], est bénéfique.

Analyse des résultats

Anticipation du RAD

L'information aux parents, leur permettant d'anticiper en anténatal le RAD était toujours délivrée. Néanmoins, seules 4 maternités associaient information orale et document écrit (procédure recommandée par la HAS [7]).

L'importance de cette information anténatale a été soulignée dans une étude de Nair et al. [11] qui relatait que les interventions destinées à informer les femmes enceintes, par une communication active et directe augmentait leur satisfaction et leur adhésion aux parcours proposés mais que les supports d'information écrits utilisés seuls n'étaient pas efficaces. Il paraît donc adapté de transmettre cette information par ces 2 manières complémentaires : les livrets ou dépliants venant en support de l'information orale donnée par le professionnel comme le suggère le NICE [12] et comme Nolan le fait ressortir dans sa revue [13].

Il semblerait donc intéressant de ré-insister sur ce point auprès des maternités du RP2S, en notant que le document d'information proposé par la HAS est d'ores et déjà disponible en libre accès usagers-professionnels sur le site internet du réseau [14].

Aucune maternité de notre étude ne traçait la délivrance de cette information, malgré l'importance qu'y attache l'HAS [7]. Cela pourrait s'expliquer par la multiplicité des éléments à relever et à tracer lors des consultations prénatales. Une des solutions pourrait être de créer une place dédiée à l'anticipation du RAD dans le dossier informatique ou papier à la suite des consultations, qui aurait également le rôle de « reminder » auprès des professionnels du suivi de grossesse.

Par contre, nous retrouvons dans les maternités, l'abord systématique par les SF de l'organisation du RAD avec les patientes, à plusieurs reprises durant le séjour en SDC. Cette stratégie qui consiste à inclure les parents dans les prises de décision a été identifiée par Manisha Nair et al.[11] comme un élément « facilitateur » de la qualité des soins, et peut être ici un

élément facilitateur de l'organisation de la sortie et d'une meilleure adhésion aux parcours de soins proposés.

Quarante-quatre % des SF associent en SDC cette information à un document écrit reprenant des informations en lien avec le RAD qu'elles transmettent aux patientes, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, vient renforcer l'information orale. Le document écrit est particulièrement important en suites de couches, du fait du nombre important d'informations relayées aux parents sur une durée de séjour en maternité réduite [15-16]. Effectivement, cette réduction des durées de séjour en maternité compromet l'« apprentissage » des parents : ce qui justifie que d'autres méthodes, tels que ces documents écrits (livrets, dépliants, fiches...), soient développées pour palier à ce potentiel manque d'éducation à la parentalité. Au-delà du contenu utile de ces supports pour les parents, la remise de ces livrets ou dépliants d'information permettrait d'accroître la cohérence et l'homogénéité de discours entre les professionnels qui se baseraient sur les mêmes données, comme Buchko et al. le soulignent [17], à condition que tous les professionnels distribuent ce support.

Organisation du RAD lors du séjour en maternité et critères autorisant la sortie pour le NN bas risque

Si nous reprenons la définition de la durée de séjour standard pour les NN à bas risque de la HAS, nous retrouvons une durée située entre 72 et 96 heures après un accouchement voie basse et entre 96 et 120 heures après une césarienne. Cela correspond à un 3ème jour (J3) plein pour un accouchement voie basse et un J4 plein pour une césarienne. Ce mode de comptage en jour est très répandu dans les maternités, notamment en ce qui concerne les sorties standard.

Dans aucune des maternités du réseau l'appréciation de la durée de séjour en heures n'est appliquée par l'ensemble des professionnels concernés : dans 4 maternités cela était considéré comme pratiqué de manière variable, et comme non pratiqué dans les 7 autres dans lesquelles

le séjour était compté en jours. Pourtant, ce mode de comptage en heures est essentiel pour éviter des sorties précoces masquées et donc des suivis non adaptés à l'âge de sortie de maternité du NN. Effectivement, entre 2 nouveau-nés nés par voie basse à quelques heures d'écart dont l'un peu avant minuit et l'autre peu après, si la durée de séjour est comptabilisée en jours le premier sortira à J3 mais en réalité à environ 60/65 heures de vie, quand le deuxième sortira également à J3 mais en réalité à environ 80 heures de vie. Le premier sortira par conséquent précocement sans bénéficier de la mise en place du suivi adapté puisqu'il sera considéré comme étant à J3. Or, une surveillance rapprochée avant 72h de vie (prévue dans les sorties précoces) paraît indispensable à la fois pour la surveillance de l'ictère, de la perte de poids (qui est en lien avec la mise en place de l'allaitement et du système digestif et urinaire) qui est la plus importante au 3ème jour [18], et de la fermeture du canal artériel. Un enfant sorti prématurément de manière masquée ne bénéficiera donc pas de cette surveillance spécifique.

L'outil dédié (« roulette ») (Annexe X) créé par une SFC d'une des maternités du RP2S apparaît être une réponse particulièrement pertinente et susceptible de modifier les pratiques en facilitant la conversion jour-heures.

Par ailleurs, dans ses recommandations [7] la HAS propose un tableau récapitulatif des critères pédiatriques définissant le bas risque permettant d'accorder une sortie standard. L'intérêt d'un support tel que celui-ci serait de diminuer les variabilités inter professionnelles et, comme Soong et al. ainsi que Manisha Nair et al. le montrent [19-11], cela permettrait d'augmenter l'efficacité des professionnels et la sécurité des soins.

Nous avons exploré cette question du référentiel dans notre étude. Dans 7 maternités, les déclarations des professionnels étaient homogènes quant à l'existence ou non d'un référentiel à disposition dans leur service : dans 3 il existait et dans 4 ce n'était pas le cas. Nous pouvons nous interroger sur les 4 maternités dans lesquelles les déclarations étaient variables. Au sein

d'une même équipe, les professionnels ne semblaient donc pas être tous au fait des outils possiblement à leur disposition, laissant supposer une variabilité des pratiques inter professionnelle importante. Il serait donc intéressant dans ces maternités qu'une action de communication soit entreprise pour informer de l'existence du référentiel et harmoniser les pratiques. Dans les maternités ne disposant pas de ce référentiel, sa mise en place pourrait être discutée, permettant des échanges entre pédiatres et SF. Enfin, dans les maternités où le référentiel est à disposition des professionnels, un rappel pourrait être fait sur l'intérêt de son utilisation au quotidien car dans ces centres, moins de la moitié des professionnels déclaraient s'y référer systématiquement.

Nous nous sommes ensuite intéressés plus spécifiquement aux critères de la HAS définissant le bas risque pédiatrique pour une sortie standard. Dans la dynamique collaborative entre pédiatres et SF en SDC, nous avons interrogé ces 2 catégories de professionnels, disposant ou non de la grille de référence dans leur maternité, sur les critères qu'ils vérifiaient personnellement pour parvenir à l'accord de la sortie standard à un nouveau-né (décision finale qui revient au pédiatre). Seuls 17 % des SF de SDC et 3% des pédiatres vérifiaient de façon exhaustive que tous les critères de la HAS soient validés pour accorder la sortie. Les critères les moins souvent vérifiés et par les SF et par les pédiatres étaient notamment la température du nouveau-né avant la sortie et la perte de poids de moins de 8% par rapport au poids de naissance. Cela nous amène à nous interroger sur la pertinence de ces critères.

Le critère de la prise de température est peu pris en compte. Toutefois, l'absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection était quasiment unanimement vérifié par les SF et par les pédiatres (respectivement à 98% et à 90%). Ainsi, le risque infection était probablement considéré écarté. Cependant, le collège national des pédiatres universitaires (CNPU) recommande de prendre la température axillaire à chaque examen avant la sortie [20]

et l'American College of Pediatrics considère également que la prise d'une température axillaire conforme est nécessaire pour la validation d'une sortie [16]. Cela permet de vérifier l'acquisition de la stabilité thermique du NN et de dépister une dernière fois avant la sortie une éventuelle infection. La méthode recommandée pour procéder à cette mesure n'est pas invasive. Il paraît donc justifié de procéder à la prise de température axillaire des NN avant leur sortie.

Concernant le critère de la perte de poids, nous avons proposé aux professionnels 2 seuils : celui de 10% de perte de poids par rapport au poids de naissance (en s'appuyant sur nos observations dans les différents centres fréquentés en stage), et celui de 8% (HAS). Quand 33% des SF et 33% des pédiatres retenaient le seuil recommandé de 8%, 51% des SF et 56% des pédiatres déclaraient retenir le seuil de 10%. Seize % des SF et 11% des pédiatres ne se sont donc pas prononcés sur le critère de la perte de poids. Il s'agit pourtant d'un critère important comme le montrent les études de Boubred et al. [21], Paul et al. [22] ainsi qu'une publication de l'American Academy of Pediatrics [23] qui identifient comme étant les 2 causes principales de ré-hospitalisation des nouveau-nés l'ictère et les difficultés alimentaires. Nos résultats nous mènent à nous questionner sur le seuil à retenir concernant la perte de poids tolérable pour autoriser une sortie standard. Ce seuil en lui-même paraît difficilement définissable, et pourrait dépendre du mode d'alimentation du NN. Il semblerait intéressant de porter notre attention sur la cinétique d'évolution du poids en se fiant à l'aspect de la courbe pondérale, à l'observation du comportement alimentaire du NN ainsi qu'à l'assurance de l'instauration d'un suivi à domicile plutôt que sur une valeur unique du poids à un instant t (moment de la sortie). L'existence d'un seuil trouve par contre son intérêt dans son rôle d'alerte indiquant la nécessité d'observer l'enfant, de prendre des mesures correctrices et d'adaptation concernant l'alimentation du NN.

Concernant le contrôle de l'ictère à la sortie, qui est une des principales causes de ré-hospitalisation des nouveau-nés comme vu précédemment, 74% des SF et 70% des pédiatres

du RP2S suivent les recommandations de la HAS en le vérifiant par une mesure (soit transcutanée soit sanguine). Les 26 à 30% manquants peuvent s'expliquer par une surveillance de l'ictère sur la coloration cutanée du nouveau-né, sans moyen de mesure objectif. Pourtant le Collège National des Pédiatres Universitaires [24] s'accorde à dire que dépister l'ictère par l'inspection de la peau et des téguments n'est pas suffisamment sensible, que son intensité a tendance à être sous-estimée par cette méthode, et que par conséquent, le dépistage doit être assuré par une méthode de mesure transcutanée qui indiquera ou non la nécessité de procéder à un dosage sanguin de la bilirubine pour diagnostiquer l'ictère. Dans leur étude, Brown et al. [25] soulignent que le dépistage systématique du taux de bilirubine (avec une interprétation appropriée) avant la sortie a réduit le taux de ré-hospitalisations nécessaires des NN. Il semble donc indispensable que tous les professionnels responsables des sorties des NN soient convaincus de l'intérêt de la mesure de la bilirubine transcutanée avant la sortie, d'autant qu'il s'agit là aussi d'un examen non invasif.

Liens avec la ville

La HAS porte une attention particulière à l'organisation du relais mis en place avec les professionnels de ville pour le suivi des NN. Dans notre étude, 5 maternités adhèrent au PRADO [8]. Pourtant la planification systématique du suivi avec le référent du suivi n'est considérée comme pratiquée systématiquement que dans 2 maternités du RP2S, dont une seule proposant le PRADO. Ces résultats nous questionnent sur 2 éléments. Le premier point est l'incohérence entre le nombre de maternités proposant la PRADO et le nombre de maternités dans lesquelles le suivi à domicile est systématiquement planifié en maternité. Il est donc légitime de s'interroger sur la communication au sein de l'équipe avec les conseillers de l'Assurance Maladie, ou sur le fait que le PRADO ne soit pas proposé systématiquement à

toutes les patientes éligibles. Dans les 2 cas, il serait important d'améliorer l'homogénéité des propositions faites aux parents. Le second point est qu'il n'apparaît pas indispensable de disposer du PRADO pour planifier efficacement le suivi postnatal. Globalement, les marges d'amélioration de la planification systématique des rendez-vous pour le RAD sont très larges dans les maternités de l'étude.

Une étude menée par Soong et al. [19] conclue que le fait de standardiser l'organisation des sorties d'hospitalisation à l'aide d'une checklist organisationnelle permettrait d'assurer une transition hôpital/ville optimale et sécurisée. Dans la checklist, nous pouvons trouver entre autres 3 éléments que sont : l'existence d'une planification du suivi et d'un référent de soin à domicile, et l'existence de moyens de communication avec les professionnels de ville. Ces éléments sont retrouvés dans la publication de Kripalani et al. [26] traitant du développement d'une transition hôpital/ville plus efficace, ainsi que dans les recommandations de la HAS. Cette checklist pourrait servir de cadre, de guide de travail pour les professionnels [15].

Nous allons examiner ces 3 éléments dans les résultats de notre étude.

A l'échelle des maternités du RP2S, la planification du suivi hors maternité est effective comme nous l'avons vu dans 2 maternités, et dans 6 maternités les pédiatres informent systématiquement les parents qu'une visite médicale est recommandée pour le NN entre le 6ème jour et le 10ème jour suivant la naissance. Cette recommandation fait d'ailleurs suite aux travaux de la Commission Nationale de la Naissance, et il est également prévu à la nomenclature depuis 2011, une lettre clé de majoration pour cette consultation pédiatrique « post sortie » auprès d'un pédiatre [27].

En parallèle, un référent de suivi à domicile est systématiquement identifié dans 3 maternités sur 11, dans les 8 autres maternités il est identifié de manière variable au sein même de l'équipe.

Concernant la communication avec les professionnels libéraux, un document de transmission réunissant les informations du nouveau-né leur étant destiné était systématiquement rempli dans les 11 maternités, et les coordonnées d'un référent de maternité leur était communiqué dans 3 maternités (en cas de nécessité de demande de renseignement ou d'avis concernant un patient).

Ce qui ressort ainsi, c'est qu'excepté la transmission écrite qui est assurée (essentiellement par le carnet de santé), la mise en lien directe entre l'hôpital et la ville pourrait être améliorée dans le but de garantir la mise en place d'un suivi optimal et facilité pour les parents à la sortie de la maternité dans l'intérêt de l'enfant.

Une des pistes d'amélioration pourrait être la construction d'une checklist organisationnelle à l'échelle du réseau. Nous pourrions peut-être ainsi améliorer les critères aujourd'hui validés par moins de la moitié des maternités c'est-à-dire dans notre étude : l'identification systématique d'un référent du suivi à domicile et la planification systématique de ce suivi pour chaque NN, la communication aux professionnels de ville des coordonnées d'un référent de maternité, et insister sur l'importance de l'information sur la consultation de J6/J10.

En ce qui concerne le lien de la ville vers l'hôpital, la HAS préconise de communiquer aux parents le numéro d'un référent en maternité en cas de demande d'information, dans le but qu'une offre de soin soit disponible 7 jours sur 7 pour les parents. Dans le même sens, l'American Academy of Pediatrics recommande que les parents aient un accès facile à une communication téléphonique avec des professionnels [28]. Dans l'étude, nous nous sommes de plus intéressés à un éventuel parcours de soin spécifique (hors urgences générales ou pédiatriques) en cas de nécessité de consultation ou ré-hospitalisation des NN peu après leur sortie.

Nos résultats montrent que dans le RP2S, les coordonnées d'un référent de maternité sont plutôt données aux parents de manière variable (dans 9 maternités) que de manière systématique (dans 2 maternités). Nous retrouvons ainsi l'hétérogénéité, a priori non justifiée, de la mise en place du suivi entre les maternités et au sein même de celles-ci.

Pour ce qui est du parcours de soin spécifique en cas de nécessité de consultation ou ré-hospitalisation, une seule maternité déclarait qu'il y avait « un filtre » avant la consultation aux urgences. Il s'agissait de la possibilité de joindre le pédiatre de garde pour avoir un avis et une conduite à tenir. Dans les 10 autres maternités, le parcours de soin en cas de consultation urgente était le recours direct au service d'urgence (pédiatrique ou s'il n'existait pas spécifiquement, le service d'urgence commun aux adultes et aux enfants). Or, comme le soulignent Chaya M. et Owens P. [29] les principaux motifs d'admission aux urgences sont d'ordre respiratoire (asthme, bronchites et pneumonies en pédiatrie, et dans les services d'urgences adultes les pneumonies). Ainsi, lorsqu'un NN est amené à consulter dans le service des urgences, notamment pour cause d'ictère ou de problèmes alimentaires comme nous l'avons vu précédemment [21-22-28], il se trouve en contact avec d'autres patients présentant des infections contagieuses et dangereuses pour son état. Une réflexion pourrait être menée autour de l'élaboration d'un circuit spécifique et plus direct avec le service de pédiatrie pour permettre l'éviction de maladies nosocomiales et la prise en charge plus rapide de la cause de la situation d'urgence des nouveau-nés.

Freins et difficultés rencontrés par les professionnels lors de l'organisation des sorties standard des NN à bas risque.

Dans cette quatrième et dernière partie de l'enquête, nous avons voulu savoir si l'organisation des sorties standard de maternités de NN bas risque selon la HAS posait difficulté au sein des équipes.

Nous avons constaté un faible niveau de connaissance des recommandations de la HAS dans la plupart des maternités de l'étude (9/11). Dans ces maternités, moins de la moitié des professionnels connaissaient ces recommandations. Lorsque nous avons regardé si dans les 2 maternités où tous les professionnels connaissaient les recommandations il y avait plus d'items considérés comme « pratiqués » d'après nos critères de jugement, nous nous sommes aperçu qu'effectivement elles faisaient partie des maternités dans lesquelles il y avait le plus d'items « pratiqués » et le moins d'items « non pratiqués » mais que ces bons résultats ne leur étaient pas exclusifs (on retrouvait ces mêmes considérations dans d'autres maternités dans lesquelles il y avait moins de 50% des professionnels ayant connaissance des recommandations). Nous pouvons donc estimer que la connaissance des recommandations participe à la mise en place de « bonnes pratiques » selon la HAS, mais qu'elle n'en est pas un élément indispensable. Les politiques propres à chaque établissement peuvent elles-mêmes s'appuyer sur les recommandations de la HAS, et ont un rôle central dans la qualité des pratiques des professionnels.

Nous pouvons souligner la multitude de protocoles et de recommandations de tous ordres concernant les professionnels de SDC. Néanmoins, des rappels par thématique pourraient être effectués régulièrement dans les équipes. Se pencher en équipe sur les procédures de sortie serait une occasion de partages de connaissances et de communication entre pédiatres et SF.

Nous avons été surpris par le peu de difficultés exprimées par les professionnels quant à l'organisation des sorties. Il semble de leur point de vue que cette organisation ne pose pas de problèmes spécifiques puisque 83% des SF de SDC et 64% des pédiatres déclaraient qu'ils ne rencontraient « rarement ou jamais » de frein ou de difficulté. Les équipes semblent disposer d'une routine satisfaisante pour eux, bien que, nous l'avons vu, pas toujours en adéquation avec les recommandations de la HAS, et souvent dans des pratiques hétérogènes.

Les difficultés rapportées étaient le plus souvent le manque de pédiatres en ville. Effectivement, selon un rapport du Conseil National de l'ordre des Médecins de 2013 [30], dans les départements que le RP2S regroupe (à savoir la Haute-Savoie, la Savoie et une partie de l'Ain), la plupart des pédiatres exercent en milieu salarié. Le taux de pédiatres libéraux par rapport au nombre de pédiatres total se situe entre 23% et 30% versus 50% à 63% de pédiatres salariés. De même, considérant la densité des pédiatres libéraux en Rhône-Alpes, la majorité du territoire du RP2S est classé en « Pas de pédiatres » ou « Densité faible » [30]. Ces chiffres mettent en lumière la pénurie de pédiatres libéraux et peuvent donc expliquer en partie les difficultés à appliquer certaines recommandations en lien avec un rendez-vous pédiatrique. La participation des médecins généralistes « ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né », proposée également par la HAS, ne repose pas sur des critères explicites. Enfin, dans plusieurs secteurs géographiques, l'offre de soins primaires en médecine générale est également limitée (bassin genevois notamment). Nous voyons ici la nécessité d'adapter les circuits à l'offre de soins de ville, donc aux bassins de naissances.

Deux sages-femmes ont notifié en parallèle « la perte de temps » liée aux « nombreux supports, complexes » sur lesquelles les informations en lien avec l'organisation de la sortie doivent être retranscrites. Cet aspect a été longuement discuté lors du Comité de prévention du RP2S qui s'est déroulé au Centre Hospitalier Alpes Léman le 28 mars 2017, au cours duquel nous avons pu exposer nos premiers résultats. Les professionnels ont insisté sur l'aspect fastidieux de ces retranscriptions d'informations identiques sur différents supports et la perte de temps associée.

Axes d'amélioration

Du point de vue des SFC, plusieurs éléments sur le plan organisationnel pourraient être mis en œuvre pour améliorer et faciliter l'organisation des sorties de maternité des nouveau-nés à bas risque. Le premier pourrait être la diffusion des recommandations de la HAS dans chaque

service, avec l'opportunité de réunions pluri-professionnelles (appropriation de procédures), et en utilisant plus largement le site internet du RP2S, volontairement ouvert en libre accès. D'autre part, des outils tel que la roulette pour compter en heures, ou un référentiel répertoriant tous les critères retenus pour accorder la sortie à un NN bas risque pourraient, avec l'accord des créateurs, être diffusés à l'échelle du réseau.

En outre, la mise en place d'une ligne téléphonique dans le service de SDC dédiée aux patients nouvellement sortis, la création d'un parcours spécifique de consultation urgente des NN (en concertation avec les pédiatres) ou encore l'élaboration d'un logiciel permettant l'extraction automatique des données pour créer une fiche de liaison automatique sont autant d'idées destinées à favoriser une sortie de maternité sécurisée, facilitée et plus homogène.

A l'échelle des SF du service de consultation prénatales, l'objectif serait que l'information au sujet du RAD et de son organisation durant la grossesse soit plus systématique, tout comme sa traçabilité. Pour cela, il pourrait être créé un emplacement spécifique dans la trame du dossier (informatique ou papier) du 3ème trimestre permettant à la sage-femme d'aborder ce sujet et de tracer les premières informations s'y rapportant, ou réserver un temps d'échange à ce sujet lors des visites des maternité lorsqu'elles sont proposées.

Le RAD fait partie de la liste des sujets que la HAS recommande d'aborder lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [31]. Or, d'après l'enquête périnatale de 2010 [32], seules 72,9 % des primipares et 28,4 % des multipares participent à ces cours de PNP et sont donc susceptibles de recevoir l'information. D'où l'intérêt de l'aborder dans le parcours classique des consultations prénatales pour sensibiliser les patientes plus largement.

Du point de vue des SF de SDC, l'objectif serait d'uniformiser les pratiques, en s'appuyant sur les actions ou outils mis en place par les SFC ou par le réseau comme par exemple la fiche « Je

sors de maternité... mes rendez-vous » qui récapitule les RdV à prendre à la suite d'une sortie standard disponible sur le site [14] [annexe XII]. Il leur appartient également d'œuvrer à un véritable travail en équipe pluri-professionnel avec le pédiatre, chacun depuis sa place professionnelle étant co-responsable de la construction de la qualité de la prise en charge. La diversité des pratiques, et des réponses apportées aux questions des parents est un élément souvent à l'origine de l'inquiétude et de l'insatisfaction des usagers.

Pour aller dans ce sens, nous avons eu, en tant qu'étudiante chargée de l'étude, la possibilité de présenter nos résultats devant certains professionnels du réseau lors d'un comité de prévention du RP2S en mars 2017. Ils seront également présentés et discutés en réunion de SFC et cadres de santé puis lors de la journée du réseau en juin 2017. De plus, chaque SFC recevra les résultats de sa maternité dans le but de susciter un travail réflexif, et qu'à chacun de ces niveaux, des modifications ou adaptations soient entreprises pour améliorer la prise en charge des nouveau-nés bas risque dans le cas d'une sortie standard. Nous espérons que notre travail, s'appuyant sur une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, pourrait contribuer à l'élaboration d'un « chemin clinique » dans chaque bassin de naissance [33].

CONCLUSION

La sortie de maternité après accouchement est un point de rupture potentiel dans le parcours périnatal de la diade mère-enfant. Les sorties standard de maternité font l'objet de moins d'attention spécifique de la part des professionnels que les sorties précoces, alors qu'elles représentent la majorité des modes de sortie après accouchement. Par notre étude, nous voulions connaître les pratiques des professionnels des maternités du RP2S en matière d'organisation des sorties standard de maternité pour les nouveau-nés à bas risque médical psychique et social. Notre objectif était d'établir une cartographie des pratiques au sein des maternités du réseau et d'identifier les éventuels freins à une organisation optimale de ces sorties, au regard des parcours proposés par la HAS dans ses recommandations de 2014.

Nous avons retrouvé peu d'organisations communes à toutes les maternités de l'étude : l'abord du sujet du RAD à plusieurs reprises durant le séjour de suites de couches, et l'utilisation d'un support écrit de transmission à destination des professionnels de ville. Notre résultat principal, à l'échelle du réseau (dans les 11 maternités participantes sur les 12), est que les pratiques concernant l'anticipation du RAD en anténatal, son organisation durant les suites de couches et les liens avec la ville sont majoritairement hétérogènes. De même, nous avons souvent retrouvé une forte variabilité au sein même de chaque équipe, témoignant de l'absence de réelle politique de service.

Il existe donc une importante marge d'amélioration concernant l'organisation des sorties standard de maternité des nouveau-nés à bas risque dans le RP2S. A ce titre, nous avons proposé la diffusion d'outils existants (parcours types...) ou créés par certaines équipes, comme la roulette de conversion en heures de la période post natale. Si les organisations doivent nécessairement se décliner par bassins de naissance, avec les difficultés inhérentes à l'offre de soins limitée en libéral (notamment pour les pédiatres libéraux et les médecins généralistes),

nous espérons que la communication de ces résultats au sein du réseau pourra susciter un travail réflexif, favoriser la connaissance (aujourd'hui limitée) des recommandations, et surtout, les échanges entre les différents membres des équipes.

Nos résultats ne sont pas généralisables et une enquête à l'échelle régionale pourrait être intéressante, en permettant de rechercher (et de partager) des éléments organisationnels des maternités associés à une prise en charge plus conforme vis-à-vis des recommandations.

L'organisation des sorties standard de maternité a toute son importance dans le parcours de la diade mère-enfant. Amener les professionnels à adopter des pratiques plus convergentes et cohérentes au moins au sein de chaque équipe et bassin de naissance serait un objectif important d'amélioration.

Chaque professionnel a son propre rôle à jouer dans l'élaboration d'un parcours de soin de qualité. La sage-femme a ici un rôle central, en partenariat avec le pédiatre de maternité et dans un maillage/réseau vivant de proximité, pour mettre en œuvre tout ce qui est nécessaire pour assurer une sortie sécuritaire des nouveau-nés, et sans rupture de lien.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Rapport de la cour des comptes 2015

Rapport Cour Des Comptes Maternités n°243 p.8 c2015 [consulté le 20/10/ 2016]. Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>.

[2] Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)

"Durée de séjour à l'hôpital" ; c2014 [Consulté le 10/10/2016] Disponible sur : <https://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm>

[3] Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES)

"La naissance, caractéristiques des accouchements" Fiche 28-2 ; c2016 [Consulté le 10/10/2016] Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf>

[4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

"Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine" ; c2004. [consulté le 20/10/2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

[5] Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE)

"Sortie de maternité et bien-être des femmes"; c2012. [consulté le 09/10/2016] Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

[6] Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE)

"Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité" ; c2013 [consulté le 10/10/2016] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf

[7] Haute Autorité de Santé (HAS)

"Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés" ; c2014. [consulté le 20/07/2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

[8] Assurance Maladie en ligne

"Le PRADO Maternité : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation" ; c2010 [consulté le 10/10/2016] Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prado-le-service-de-retour-a-domicile/prado-maternite_tarn.php

[9] Wickström G, Bendix T. The "Hawthorne effect"--what did the original Hawthorne studies actually show? Scand J Work Environ Health. 2000 ;26(4):363–7.

[10] Reason, James. "Human Error: Models and Management." BMJ : British Medical Journal 320, no. 7237 ; 2000: 768–70.

[11] Nair, Manisha, Sachiyo Yoshida, Thierry Lambrechts, Cynthia Boschi-Pinto, Krishna Bose, Elizabeth Mary Mason *et al.* “Facilitators and Barriers to Quality of Care in Maternal, Newborn and Child Health: A Global Situational Analysis through Metareview.” *BMJ Open* 4, no. 5 ; 2014

[12] The National Institute of Care and Excellence

“Antenatal Care for Uncomplicated Pregnancies, Guidance and Guidelines ”; c2008 [consulté le 14/04/2017] Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/appendix-d-antenatal-appointments-schedule-and-content>.

[13] Nolan, Mary L. “Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies.” *The Journal of Perinatal Education* 18, no. 4 ; 2009: 21–30

[14] Site du Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S)

Page “Sorties de Maternité” Disponible sur : <http://www.rp2s.fr/axes-thematiques/sorties-de-maternite/>.

[15] American Family Physician

“Discharge Procedures for Healthy Newborns ” ; c2006 [consulté le 16/04/2017] Disponible sur : <http://www.aafp.org/afp/2006/0301/p849.html>.

[16] The American Academy of Pediatrics “Guidelines for Perinatal Care”. 7th ed. P.309 ; 2012

[17] Buchko, Barbara L., Connie H. Gutshall, and Elizabeth T. Jordan. "Improving Quality and Efficiency of Postpartum Hospital Education." *The Journal of Perinatal Education* 21, no. 4 ; 2012: 238–47

[18] Lenclen, Richard, and Virginie Chassot. "Ictère En Maternité." *Médecine Thérapeutique / Pédiatrie* 4, no. 3 ; 2001: 194–99

[19] Soong, Christine, Stacey Daub, Joseph Lee, Cynthia Majewski, Emily Musing, Peter Nord et al. "Development of a Checklist of Safe Discharge Practices for Hospital Patients." *Journal of Hospital Medicine* 8, no. 8 ; 2013: 444–49

[20] Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU)
"Prise en charge du NN" ; c2010-2011 [consulté le 20/04/2017] Disponible sur :
http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/nouveau_ne/site/html/2_2.html.

[21] Boubred, F., E. Herlenius, V. Andres, C. des Robert, and G. Marchini. "Hospital readmission after postpartum discharge of term newborns in two maternity wards in Stockholm and Marseille." *Archives De Pédiatrie: Organe Officiel De La Société Française De Pédiatrie* 23, no. 3 ; 2016: 234–40

[22] Paul, Ian M., Erik B. Lehman, Christopher S. Hollenbeak, and M. Jeffrey Maisels. "Preventable Newborn Readmissions since Passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act." *Pediatrics* 118, no. 6 ; 2006: 2349–58

[23] Newborn, Committee on Fetus And. "Hospital Stay for Healthy Term Newborns." Pediatrics 125, no. 2 ; 2010: 405–9

[24] Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU)

"Ictère néonatal" c2010-2011 [consulté le 09/04/2017] Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/ictere/site/html/2.html>

[25] W Brown, A., Damus, K., Kim, M., et al. "Factors relating to readmission of term and near term neonates in the first two weeks of life." Journal of Perinatal Medicine, 27(4), pp. 263-275 ; 2005

[26] Kripalani, Sunil, Amy T. Jackson, Jeffrey L. Schnipper, and al "Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists." Journal of Hospital Medicine 2, no. 5 ; 2007: 314–23

[27] Assurance Maladie en ligne

"Tarifs conventionnels des médecins spécialistes. Lettre clé MBB pour le pédiatre : majoration des examens médicaux obligatoires et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28e jour" ; c2011 [consulté le 12/03/2017] Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-specialistes/majorations-pour-les-patients-de-moins-de-16-ans_savoie.php

[28] Newborn, Committee on Fetus "Hospital Stay for Healthy Term Newborns." Pediatrics 113, no. 5 ; 2004: 1434–36

[29] Merrill, Chaya, and Pamela L. Owens. "Reasons for Being Admitted to the Hospital through the Emergency Department for Children and Adolescents, Statistical Brief " In Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2006

[30] Conseil National de l'Ordre des médecins

"rhone_alpes_2013.pdf."; c2014 [consulté le 09/04/2017] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rhone_alpes_2013.pdf.

[31] Haute Autorité de Santé (HAS)

Recommandations professionnels. "Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)" ; c2005 [consulté le 20/04/2017] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

[32] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

"Enquête nationale périnatale en 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003" ; c2011 [consulté le 20/04/2017] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf.

[33] Haute Autorité de Santé (HAS)

"Chemin clinique. Une méthode d'amélioration de la qualité" ; c2004 [consulté le 16/04/2017] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire aux SFC de SDC

QUESTIONNAIRE A LA SAGE-FEMME COORDINATRICE DE SUITES DE COUCHES



Toutes les questions de ce questionnaire concernent donc les sorties de maternité standards des nouveau-nés à bas risque médical psychique et social.

EN ANTENATAL

A1. Y a-t-il des consultations prénatales et de suivi de grossesses proposées aux patientes dans votre établissement ?

- Oui
 Non -> *passez directement à la partie suivante « dans le service de suite de couches »*

Si oui :

A1a. A votre avis, les patientes sont-elles systématiquement informées oralement pendant leur grossesse sur l'organisation de leur sortie de votre maternité ?

- Oui
 Non

A2. A votre avis, un document écrit dans lequel est abordé le retour à domicile et son organisation est-il remis à la patiente systématiquement pendant la grossesse ?

- Oui
 Non

DANS LE SERVICE DE SUITE DE COUCHES

A3. Proposez-vous le PRADO dans votre établissement ?

- Oui
 Non

A4. Une/des liste(s) de professionnels de ville ou de structures pouvant assurer le suivi de l'enfant est/sont-elle(s) disponible(s) dans la maternité pour être distribuée(s) ?

- Oui
 Non

A4.1. Si oui, quels professionnels ou structures font l'objet d'une liste : Pédiatres Médecins généralistes Sages-femmes PMI CPP Autre(s) :

A5. Avez-vous communiqué à vos correspondants de ville prenant en charge la suite du suivi des nouveau-nés les coordonnées d'un référent de maternité afin de répondre le cas échéant aux demandes d'informations ou d'avis médical ?

- Oui, dans ce cas, qui est le référent de maternité ?.....
 Non

A6. Est-ce qu'il existe dans votre établissement un parcours de soin spécifique pour le nouveau-né en cas de consultation en urgence ou de ré-hospitalisation ?

Oui, dans ce cas quelles en sont les modalités dans les grandes lignes ?

.....
.....
.....

Non

Merci de votre participation.

ANNEXE II : Questionnaire aux SF de SDC

QUESTIONNAIRE AUX SAGES-FEMMES DE SUITE DE COUCHES



Actuellement étudiante sage-femme à l'école de Grenoble en DFASMa 5, je réalise mon mémoire sur l'organisation des sorties de maternité **standards** (= non précoces) des nouveau-nés dans le réseau RP2S, en collaboration avec ce dernier. Je réalise une enquête des pratiques à ce propos dans les maternités du réseau. Pour cela, je vous sollicite afin de répondre au questionnaire suivant. Les données seront traitées de manière anonyme. Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail, et vous remercie pour votre aide. Sur simple demande, les résultats pourront vous être communiqués ou par l'intermédiaire du réseau.

Toutes les questions de ce questionnaire concernent donc les sorties de maternité standards des nouveau-nés à bas risque médical psychique et social.

B1. Quand le couple mère/enfant est accueilli dans le service de suite de couches, pouvez-vous retrouver une trace dans le dossier témoignant de l'abord de l'organisation de la sortie de maternité en anténatal ?

- Oui
- Non

B2. Comment comptez-vous la durée de séjour jusqu'à J5 inclus ?

- En jours
- En heures

B2a. Si vous la comptez en heures, disposez-vous d'un outil vous facilitant ce calcul ?

- Oui, lequel ?
- Non

B3. Durant l'hospitalisation, vous abordez oralement le sujet du retour à domicile :

- Une fois
- Plusieurs fois

B4. Durant l'hospitalisation, délivrez-vous systématiquement un document écrit concernant le retour à domicile et son organisation aux parents ?

- Oui, quel est ce document ?
 - Un livret de suivi (débuté durant l'hospitalisation et conservé par la patiente à la sortie)
 - Le flyer HAS « préparez votre retour à la maison »
 - Un document propre à la maternité, de quel type de document s'agit-il ?.....
 - Le document du réseau RP2S
- Non

B5. Concernant l'évaluation du bas risque pédiatrique lors d'une sortie standard, quelle(s) affirmation(s) s'applique(nt) dans votre maternité ?

La grille HAS est affichée et/ou à disposition des professionnels dans le service et vous vous y référez systématiquement

La grille HAS est affichée et/ou à disposition des professionnels dans le service mais vous ne vous y référez pas systématiquement

Ce sujet fait l'objet d'un protocole de service auquel vous vous référez systématiquement

Ce sujet fait l'objet d'un protocole de service mais vous ne vous y référez pas systématiquement

Le bas risque pédiatrique est évalué par le professionnel en charge de l'enfant (vous), sans support matérialisé

Autre :

B6. Parmi les critères suivants, quels sont ceux que vous vérifiez personnellement (ou certains critères éventuellement assisté(e) par l'auxiliaire de puériculture mais vous vous serez alors assuré(e) personnellement que cela a été fait) pour accorder la sortie standard aux nouveau-nés bien portants ?

Nouveau-né à terme > ou =37SA singleton et eutrophe

Examen clinique normal réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie

Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C

Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), miction et selles émises, transit établi

Perte de poids <8% par rapport au poids de naissance

Perte de poids <10% par rapport au poids de naissance

Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme

Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs

Dépistages néonataux réalisés à la maternité

Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48h suivant cette sortie

Autre :

B7. A la sortie, vous assurez-vous systématiquement que les parents aient identifiés un professionnel (médecin généraliste ou pédiatre ou sage-femme) pouvant assurer la suite du suivi du nouveau-né ?

Oui

Non

Si oui, tracez-vous le nom systématiquement dans le dossier ?

Oui

Non

B8. Quel(s) est/sont le(s) intermédiaire(s) que vous utilisez pour faire le lien avec les professionnels de ville ?

Dossier médical commun complété systématiquement

Courrier automatique envoyé systématiquement vers le(s) professionnel(s) connu(s) en charge du patient

Fiche de liaison remplie systématiquement

Compte rendu du suivi du post partum immédiat fait et donné systématiquement (document HAS)

- Dossier photocopié/imprimé à l'attention du professionnel de ville systématiquement
- Carnet de santé du nouveau-né rempli systématiquement
- Autre systématiquement :
- Aucun, je ne remplis pas ou pas systématiquement de document

B9. A la sortie, donnez-vous systématiquement les coordonnées d'un référent de maternité aux parents afin de répondre le cas échéant à leurs demandes d'informations ?

- Oui
- Non

B10. Rencontrez-vous des difficultés dans l'organisation des sorties standards de maternité pour les nouveau-nés bien portants ?

- Oui : Toujours
 - Souvent
 - Parfois
- Non jamais ou rarement

B10a. Si oui, quelles sont les difficultés/freins rencontré(e)s ?.....

.....

.....

.....

.....

.....

EN CE QUI CONCERNE LES RECOMMANDATIONS

B11. Avez-vous connaissance des recommandations de la HAS de 2014 concernant l'organisation des sorties de maternité ?

- Oui
- Non

Merci de votre participation.

ANNEXE III : Questionnaire aux pédiatres

QUESTIONNAIRE AUX PEDIATRES DE MATERNITE



Actuellement étudiante sage-femme à l'école de Grenoble en DFASMa 5, je réalise mon mémoire sur l'organisation des sorties de maternité **standards** (= non précoces) des nouveau-nés dans le réseau RP2S, en collaboration avec ce dernier. Je réalise une enquête des pratiques à ce propos dans les maternités du réseau. Pour cela, je vous sollicite afin de répondre au questionnaire suivant. Les données seront traitées de manière anonyme. Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail, et vous remercie pour votre aide. Sur simple demande, les résultats pourront vous être communiqués ou par l'intermédiaire du réseau.

Toutes les questions de ce questionnaire concernent donc **les sorties de maternité standards des nouveau-nés à bas risque médical psychique et social.**

C1. Comment comptez-vous la durée de séjour jusqu'à J5 inclus ?

- En jours
- En heures

C1a. Si vous la comptez en heures, disposez-vous d'un outil vous facilitant ce calcul ?

- Oui, lequel ?
- Non

C2. Concernant l'évaluation du bas risque pédiatrique lors d'une sortie standard, quelle(s) affirmation(s) s'applique(nt) dans votre maternité ?

- La grille HAS est affichée et/ou à disposition des professionnels dans le service et vous vous y référez systématiquement
- La grille HAS est affichée et/ou à disposition des professionnels dans le service mais vous ne vous y référez pas systématiquement
- Ce sujet fait l'objet d'un protocole de service auquel vous vous référez systématiquement
- Ce sujet fait l'objet d'un protocole de service mais vous ne vous y référez pas systématiquement
- Le bas risque pédiatrique est évalué par le professionnel en charge de l'enfant (vous), sans support matérialisé
- Autre :

C3. Parmi les critères suivants, quels sont ceux que vous vérifiez personnellement qu'ils soient validés pour accorder la sortie standard aux nouveau-nés ?

- Nouveau-né à terme > ou =37SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie
- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), miction et selles émises, transit établi
- Perte de poids <8% par rapport au poids de naissance
- Perte de poids <10% par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs

- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48h suivant cette sortie
- Autre :

C4. Informez-vous les patients qu'une visite médicale entre J6 et J10 est recommandée pour l'enfant, même si le premier certificat de santé du 8^{ème} jour est rempli en maternité ?

- Oui
- Non, pourquoi ?
 - Recommandation non connue
 - Manque de confrères en ville (en nombre et/ou en disponibilité)
 - Autre :

C5. A la sortie, vous assurez-vous systématiquement que les parents aient identifiés un professionnel (médecin généraliste ou pédiatre ou sage-femme) pouvant assurer la suite du suivi du nouveau-né ?

- Oui
- Non

Si oui, tracez-vous le nom systématiquement dans le dossier ?

- Oui
- Non

C6. Quel(s) est/sont le(s) intermédiaire(s) que vous utilisez pour faire le lien avec les professionnels de ville ?

- Dossier médical commun complété systématiquement
- Courrier automatique envoyé systématiquement vers le(s) professionnel(s) connu(s) en charge du patient
- Fiche de liaison remplie systématiquement
- Compte rendu du suivi du post partum immédiat fait et donné systématiquement (document HAS)
- Dossier photocopié/imprimé à l'attention du professionnel de ville systématiquement
- Carnet de santé du nouveau-né rempli systématiquement
- Autre systématiquement :
- Aucun, je ne remplis pas ou pas systématiquement de document

C7. A la sortie, donnez-vous systématiquement les coordonnées d'un référent de maternité aux parents afin de répondre le cas échéant à leurs demandes d'informations ?

- Oui
- Non

C8. Rencontrez-vous des difficultés dans l'organisation des sorties standards de maternité pour les nouveau-nés à bas risque ?

- Oui : Toujours
- Souvent

- Parfois
- Non jamais ou rarement

C8a. Si oui, quelles sont les difficultés/freins
rencontré(e)s ?.....

.....

.....

.....

.....

.....

EN CE QUI CONCERNE LES RECOMMANDATIONS

C9. Avez-vous connaissance des recommandations de la HAS de 2014 concernant l'organisation des sorties de maternité ?

- Oui
- Non

Merci de votre participation.

ANNEXE IV : Grille HAS définissant le bas risque pédiatrique pour une sortie standard de maternité

Tableau 2. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
2	Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
5	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
6	Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas**)
7	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité
9	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ;

** définis selon les courbes de référence utilisées.

ANNEXE V : Participation des professionnels par maternité

ETC : Effectif théorique cible / M : maternité

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Total RP2S : effectifs et %
SFC : ETC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
SFC : réponses reçues	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Taux de participation SFC (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
SF SDC : ETC	46	17	18	18	13	14	24	6	7	5	3	171
SF SDC : réponses reçues	13	14	13	12	10	14	12	6	7	5	3	109
Taux de participation SF SDC (%)	28	82	72	67	77	100	50	100	100	100	100	64 %
Pédiatres : ETC	10	10*	3	6	6	4	10*	2	1	2	1	45
Pédiatres : réponses reçues	7	6*	2	3	1	4	6*	2	1	1	1	27
Taux de participation pédiatres (%)	70	60	67	50	16	100	60	100	100	50	100	56 %

* Il s'agit des mêmes pédiatres, intervenant dans 2 maternités faisant parties d'un même établissement.

ANNEXE VI : Données brutes par maternité des items traitant de l'anticipation du RAD en anténatal

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
Informations sur le RAD et son organisation systématiquement données à l'oral pendant la grossesse par les professionnels lors des consultations prénatales													
SFC	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	8/11	73%
Document écrit sur le RAD et son organisation remis à la patiente systématiquement en anténatal													
SFC	oui	oui	non	oui	non	non	oui	oui	non	oui	oui	7/11	64%
Trace de l'abord du RAD et de son organisation en anténatal systématiquement retrouvée dans le dossier en SDC													
SF n(%)	1/13 (8)	1/14 (7)	0/13 (0)	0/12 (0)	0/10 (0)	0/13* (0)	1/13 (8)	0/6 (0)	0/7 (0)	1/5 (20)	0/3 (0)	3/108*	3%

* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Trace de l'abord du RAD retrouvée dans le dossier systématiquement (*n*=1).

ANNEXE VII : Données brutes par maternité des items traitant de l'organisation du RAD durant le séjour en SDC

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
Compte de la durée du séjour en heures													
SF n(%)	1/13 (8)	11/14 (78)	0/13 (0)	1/12 (8)	1/10 (10)	2/14 (14)	0/13 (0)	0/6 (0)	0/7 (0)	1/5 (20)	0/3 (0)	17/109	16
Pédiatres n(%)	1/7 (14)	1/6 (16)	0/2 (0)	0/3 (0)	0/1 (0)	2/3 (67)	1/6 (16)	1/2 (50)	0/1 (0)	1/1 (100)	0/1 (0)	6/27	22
Existence d'un référentiel (grille de l'HAS ou protocole) définissant le bas risque pédiatrique à disposition des professionnels dans le service													
SF n(%)	2/13 (15)	13/14 (92)	3/13 (23)	9/12 (75)	3/9* (33)	0/14 (0)	13/13 (100)	5/5* (100)	0/7 (0)	1/5 (20)	0/3 (0)	49/107*	46
Pédiatres n(%)	0/7 (0)	6/6 (100)	1/2 (50)	3/3 (100)	1/1 (100)	2/2* (100)	6/6 (100)	1/2 (50)	0/1 (0)	0/1 (0)	0/1 (0)	14/26 *	54
Référence systématique du professionnel à ce référentiel lors de l'organisation d'une sortie standard													
SF n(%)	2/2 (100)	9/12* (75)	2/3 (67)	4/9 (44)	1/3 (33)	0/0 (0)	4/13 (31)	0/5 (0)	0/0 (0)	0/1(0)	0/0 (0)	20/48*	42
Pédiatres n(%)	0/0 (0)	1/6 (17)	0/1 (0)	2/3 (67)	0/1 (0)	0/2 (0)	1/6 (17)	0/1 (0)	0/0 (0)	0/0 (0)	0/0 (0)	3/14	21
Vérification par le professionnel que tous les critères définissant le bas risque pédiatrique, selon la HAS, soient validés pour accorder la sortie standard au NN													
SF n(%)	0/13 (0)	6/14 (43)	0/12* (0)	5/12 (42)	1/10 (10)	2/14 (14)	0/13 (0)	2/6 (33)	0/7 (0)	2/5 (40)	0/3 (0)	18/108*	17
Pédiatres n(%)	1/7 (14)	0/6 (0)	0/2 (0)	0/3 (0)	0/1 (0)	0/3 (0)	0/6 (0)	0/0 (0)	0/1 (0)	0/1 (0)	0/1 (0)		

												1/27	4
Abord du sujet du RAD et de son organisation plusieurs fois durant le séjour													
SF n(%)	13/13 (100)	14/14(100)	13/13 (100)	12/12 (100)	9/9* (100)	14/14 (100)	13/13 (100)	6/6 (100)	4/4* (100)	5/5 (100)	3/3 (100)	105/105*	100
Document sur RAD et son organisation donné systématiquement en maternité													
SF n(%)	4/13 (31)	0/14 (0)	12/13 (92)	11/12 (92)	0/10 (0)	1/14 (7)	5/13 (38)	5/6 (83)	3/7 (43)	5/5 (100)	2/3 (67)	48/109	44

* = les données n'étaient pas renseignées pour n nombre de questionnaires :

Référentiel définissant le bas risque pédiatrique à disposition des professionnels dans le service ($n=2$ pour les SF et $n=1$ pour les pédiatres), référence systématique à ce référentiel ($n=1$ pour les SF), vérification de tous les critères définissant le bas risque pour accorder la sortie au NN ($n=1$ pour les SF), abord du sujet du RAD plusieurs fois durant le séjour ($n=4$).

ANNEXE VIII : Données brutes par maternité des critères vérifiés et validés par les professionnels pour autoriser une sortie standard à un NN à bas risque

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui
NN à terme > ou = 37 SA singleton et eutrophe													
SF n(%) Pédiatres n(%)	12/13 (92)	14/14 (100)	9/12* (75)	12/12 (100)	9/10 (90)	12/14 (86)	13/13 (100)	5/6 (83)	6/7 (86)	4/5 (80)	3/3 (100)	99/108*	92

	5/7 (71)	5/6 (83)	1/2 (50)	3/3 (100)	1/1 (100)	3/3 (100)	5/6 (83)	2/2 (100)	0/1(0)	1/1 (100)	0/1 (0)	20/27	74
Examen clinique normal réalisé impérativement 48h après la naissance et avant la sortie													
SF n(%)	12/13 (92)	11/14 (78)	10/12* (83)	12/12 (100)	9/10 (90)	9/14 (64)	11/13 (85)	5/6 (83)	7/7 (100)	5/5 (100)	2/3 (67)	93/108*	86
Pédiatres n(%)	6/7 (86)	6/6 (100)	1/2 (50)	2/3 (67)	1/1 (100)	3/3 (100)	6/6 (100)	2/2 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	24/27	89
Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C													
SF n(%)	5/13 (38)	6/14 (43)	2/12* (17)	7/12 (58)	7/10 (70)	8/14 (57)	7/13 (54)	5/6 (83)	4/7 (57)	3/5 (60)	2/3 (67)	56/108*	52
Pédiatres n(%)	3/7 (43)	2/6 (33)	0/2 0%	1/3 (33)	0/1 (0)	0/3 (0)	2/6 (33)	2/2 (100)	0/1 (0)	1/1 (100)	0/1 (0)	9/27	33
Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), miction et selles émises, transit établi													
SF n(%)	11/13 (85)	13/14 (93)	11/12* (92)	11/12 (92)	10/10(100)	12/14 (86)	13/13 (100)	6/6 (100)	7/7 (100)	5/5 (100)	2/3 (67)	101/108*	94
Pédiatres n(%)	6/7 (86)	3/6 (50)	0/2 (0)	1/3 (33)	1/1 (100)	3/3 (100)	3/6 (50)	2/2 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	19/27	70
Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance													
SF n(%)	2/13 (15)	11/13* (85)	1/12* (8)	1/12 (8)	1/10 (10)	4/14 (29)	9/13 (69)	3/6 (50)	0/7 (0)	2/5 (40)	1/3 (33)	35/107*	33
Pédiatres n(%)	1/7 (14)	4/6 (67)	½ 50%	0/3 (0)	0/1 (0)	0/3 (0)	4/6 (67)	1/2 (50)	1/1 (100)	1/1 (100)	0/1 (0)	9/27	33
<i>Perte de poids <10% par rapport au poids de naissance</i>													
SF n(%)	8/13 (62)	2/13* (15)	7/12* (58)	11/12 (92)	8/10 (80)	5/14 (36)	3/13 (23)	1/6 (20)	6/7 (83)	2/5 (40)	2/3 (67)	55/107*	51
Pédiatres n(%)	5/7 (71)	2/6 (33)	1/2 (50)	3/3 (100)	1/1 (100)	1/3 (33)	2/6 (33)	1/2 (50)	0/1 (0)	1/1 (100)	0/1 (0)	15/27	56
Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme													
SF n(%)	11/13 (85)	9/14 (64)	8/12* (67)	12/12 (100)	4/10 (40)	5/14 (36)	8/13 (62)	4/6 (67)	7/7 (100)	5/5 (100)	3/3 (100)	76/108*	70
Pédiatres n(%)	5/7 (71)	4/6 (67)	2/2 (100)	3/3 (100)	0/1 (0)	1/3 (33)	4/6 (67)	2/2 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	20/27	74

Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection, si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs													
SF n(%) Pédiatres n(%)	9/13 (69) 7/7 (100)	14/14 (100) 4/6 (67)	11/12* (92) 2/2 (100)	12/12 (100) 3/3 (100)	6/10 (60) 1/1 (100)	10/14 (71) 3/3 (100)	11/13 (85) 4/6 (67)	6/6 (100) 2/2 (100)	7/7 (100) 1/1 (100)	4/5 (80) 1/1 (100)	3/3 (100) 1/1 (100)	93/108* 25/27	86 93
Dépistages néonataux réalisés à la maternité													
SF n(%) Pédiatres n(%)	13/13(100) 7/7 (100)	14/14 (100) 6/6 (100)	12/12* (100) 2/2 (100)	11/12 (92) 3/3 (100)	10/10(100) 1/1 (100)	13/14 (93) 3/3 (100)	12/13 (92) 6/6 (100)	6/6 (100) 1/2 (50)	7/7 (100) 1/1 (100)	5/5 (100) 1/1 (100)	3/3 (100) 0/1 (0)	106/108* 25/27	98 93
Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48H suivant cette sortie													
SF n(%) Pédiatres n(%)	9/13 (69) 6/7 (86)	13/14 (93) 2/6 (33)	8/12* (67) 0/2 (0)	10/12 (83) 1/3 (33)	7/10 (70) 1/1 (100)	10/14 (71) 2/3 (67)	10/13 (77) 2/6 (33)	6/6 (100) 2/2 (100)	6/7 (86) 1/1 (100)	5/5 (100) 1/1 (100)	2/3 (67) 0/1 (0)	86/108* 16/27	80 59

* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Pour tous les critères (*n*=1 pour les SF)

ANNEXE IX : Données brutes par maternité des items traitant des liens mis en place avec la ville à la sortie

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	Nombre de oui / Nombre de questionnaires renseignés (N*)	% Oui

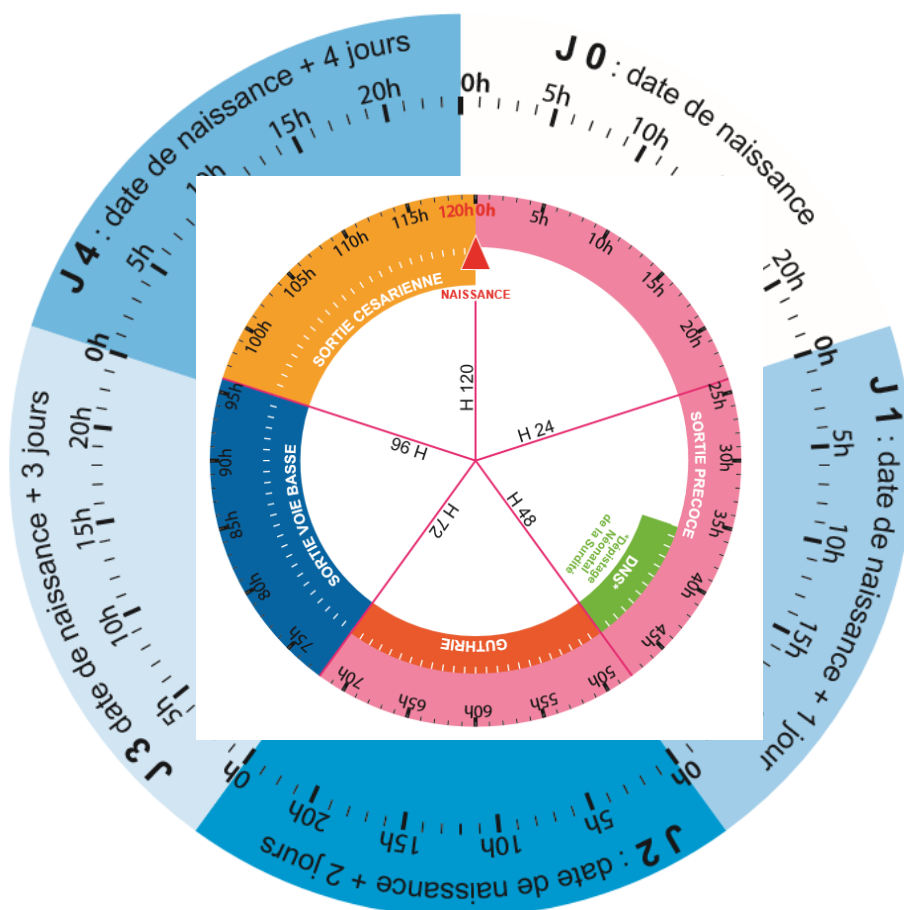
Identification systématique en SDC du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN après la sortie														
SF n(%) Pédiatres n(%)	11/13 (85) 2/7 (29)	10/13* (77) 0/6 (0)	10/11* (91) 2/2 (100)	12/12(100) 3/3 (100)	7/10(70) 1/1(100)	14/14(100) 2/3 (67)	7/13 (54) 0/6 (0)	3/6 (50) 2/2 (100)	7/7 (100) 1/1 (100)	5/5 (100) 0/1 (0)	1/3 (33) 1/1 (100)	87/106 * 14/27	82, 52	
Traçabilité du nom du référent du suivi quand il est identifié														
SF n(%) Pédiatres n(%)	11/11 (100) 1/2 (50)	10/10 (100) 0/6 (0)	10/10 (100) 0/2 (0)	9/12 (75) 2/3 (67)	6/7 (86) 0/1 (0)	10/14 (71) 2/2 (100)	2/7 (29) 0 (0)	0/3 (0) 2/2 (100)	6/7 (86) 1/1 (100)	5/5 (100) 0 (0)	0/1 (0) 0/1 (0)	69/87 8/14	79 57	
Listes des SFL et/ou PMI à disposition dans les services														
SFC	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	oui	oui	non	oui	8/11	73	
Suivi post partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48H suivant cette sortie														
SF n(%) Pédiatres n(%)	9/13 (69) 3/7 (43)	14/14 (100) 5/6 (83)	8/12* (67) 1/2 (50)	9/12 (75) 2/3 (67)	7/10(70) 0/1 (0)	12/14 (86) 2/3 (67)	9/13 (69) 5/6 (83)	3/6 (50) 2/2 (100)	6/7 (86) 0/1 (0)	5/5 (100) 1/1 (100)	0/3 (0) 0/1 (0)	82/108* 16/27	76 59	
Information aux parents sur la recommandation d'une visite pédiatrique entre J6 et J10, même si le premier certificat de santé est effectué en maternité														
Pédiatres n(%)	6/7 (86)	6/6 (100)	0/2 (0)	1/3 (33)	0/1 (0)	3/3 (100)	6/6 (100)	0/2 (0)	0/1 (0)	1/1 (100)	1/1 (100)	18/27	67	
Coordonnées d'un référent de maternité données aux parents systématiquement avant la sortie														
SF n(%) Pédiatres n(%)	9/13 (69)	8/14 (57)	6/12* (50)	4/12 (33)	4/10(40)	3/14 (21)	8/13 (62)	3/6 (50)	7/7 (100)	5/5 (100)	3/3 (100)	60/108*	56	

	1/7 (14)	5/6 (83)	0/2 (0)	1/3 (33)	0/1 (0)	1/3* (33)	5/6 (83)	1/2 (50)	1/1 (100)	0/1 (0)	1/1 (100)	11/26*	53
Coordonnées d'un référent de la maternité communiquées aux professionnels de ville													
SFC	non	oui	non	non	non	oui	oui	non	non	non	non	3/11	27
Document de liaison écrit concernant le NN rempli systématiquement par les professionnels hospitaliers pour être transmis et permettre le lien avec les professionnels libéraux													
SF n(%)	12/13 (92)	14/14 (100)	11/12* (92)	12/12(100)	10/1(100)	13/14 (93)	13/13(100)	6/6 (100)	7/7 (100)	5/5 (100)	3/3 (100)	107/108*	99
Pédiatres n(%)	7/7 (100)	6/6 (100)	2/2 (100)	3/3 (100)	1/1 (100)	3/3 (100)	6/6 (100)	2/2 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	1/1 (100)	27/27	100
PRADO proposé													
SFC	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui	non	oui	non	5/11	45
Existence d'un parcours de soin spécifique pour le NN si consultation en urgence ou ré-hospitalisation (hors service d'urgences générales)													
SFC	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	6/11	55

* = les données n'étaient pas renseignées pour *n* nombre de questionnaires :

Identification systématique du nom d'un professionnel pouvant assurer le suivi du NN après la sortie (*n*= 3 pour les SF), suivi planifié (*n*=1 pour les SF) coordonnées d'un référent de maternité données aux parents systématiquement (*n*=1 pour les SF et *n*=1 pour les pédiatres), document écrit rempli (*n*=1 pour les SF)

ANNEXE X : outil « roulette »



Au dos de la roulette :

CALCUL DE L'AGE DES NOUVEAU-NES EN HEURES DE VIE PLANIFICATION DES DEPISTAGES ET DES SORTIES DE MATERNITE « BAS RISQUE »

Créé par l'équipe de la maternité du

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE - HAS - MARS 2014

Sortie Standard :

- Voie basse : 72 heures à 96 heures
- Césarienne : 96 heures à 120 heures
- AG \geq 37 SA, singleton, eutrophe
- Perte de poids $<$ 8% / poids de naissance
- Suivi post-partum planifié : visite entre 48 heures et une semaine après la sortie

Sortie Précoce :

- AG \geq 38 SA, singleton, eutrophe
- Perte de poids $<$ 8% / poids de naissance
- Suivi post-partum planifié : 1^{ère} visite 24 heures après la sortie

Cet outil est la propriété d'une maternité du réseau. Toute reproduction nécessite son accord. Merci de passer par le réseau pour avoir plus de renseignements.

ANNEXE XI : effectifs des « pratiqué » « pratique variable » et « non pratiqué » par maternité

	M 1	M 2	M3	M 4	M5	M 6	M7	M8	M9	M 10	M 11
Nombre d'items « Pratiqué »	5	6	5	6	4	6	7	6	4	6	6
Nombre d'items « Pratique variable »	2	3	2	3	2	3	2	4	1	3	1
Nombre d'items « Non pratiqué »	7	5	7	5	8	5	5	4	9	5	7

standard

Je sors de maternité... *mes rendez-vous*

Tampon établissement
ou professionnel de
santé

Si je sors après un séjour « standard »

▶ Mon 1^{er} rendez-vous de suivi, dans la semaine après la sortie de maternité (si possible dans les 48 heures), auprès d'une sage-femme :

à domicile à la PMI au cabinet, adresse :

☞ Le / / à h

☞ Nom de la sage-femme :

☞ N° de téléphone : / / /

▶ Mon 2^{ème} rendez-vous de suivi avec sage-femme ou puéricultrice de PMI :

☞ Le / / à h

▶▶ Les rendez-vous pour mon enfant : Une première consultation est recommandée 6 à 10 jours après sa naissance, puis tous les mois, auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né¹

☞ 1^{ère} consultation prévue le / / à h

☞ Nom du pédiatre ou du médecin généraliste :

☞ N° de téléphone : / / /

☞ Adresse :

▶▶▶ Ma consultation post-natale, entre 6 et 8 semaines après mon accouchement :

☞ Le / / à h

☞ Nom du professionnel² :

☞ N° de téléphone : / / /

☞ Adresse :

Si besoin, je prévois avec ma sage-femme (ou un kinésithérapeute) les séances de rééducation périnéale.

1. Informez-vous auprès de votre médecin traitant ou de votre sage-femme
2. Sage-femme ou médecin

Ce dont je peux bénéficier

▶▶ Un entretien post-natal : proposé préférentiellement durant la deuxième semaine de mon retour à domicile, il est réalisé avec une sage-femme, pour aborder mon vécu de l'accouchement et m'apporter un soutien durant les premières semaines à la maison. 2 séances remboursées.

▶▶ Des visites ou consultations supplémentaires : selon mes besoins et l'appréciation du professionnel en charge de suivi.

▶▶ Si j'ai choisi d'allaiter, un soutien à l'allaitement maternel est possible, par un professionnel (sage-femme, médecin, puéricultrice, consultants en lactation, associations d'allaitement).



RESUME

Les sorties de maternités sont un point de rupture potentiel dans le parcours périnatal des mères et de leurs enfants. Les sorties standard de maternité pour les nouveau-nés à bas risque sont peu étudiées, bien que majoritaires, par rapport aux sorties précoces. Nos objectifs étaient d'établir une cartographie de ces pratiques dans les maternités du réseau périnatal des 2 Savoie (RP2S) au regard des parcours proposés par la HAS, et d'identifier les éventuels freins à une organisation optimale. Une étude descriptive transversale par questionnaires auto-administrés auprès de professionnels intervenant en suites de couches (SDC) était menée sur une période de 4 semaines (décembre 2016 - janvier 2017). Elle concernait les sages-femmes (SF) coordinatrices de SDC, les SF de SDC et les pédiatres. Nous avons défini pour chaque action 3 niveaux de pratiques dans les maternités : pratiqué, pratique variable et non pratiqué.

Onze maternités sur 12 ont participé. Les taux de participation des SFC, des SF de SDC et des pédiatres étaient respectivement de 100%, 64% et 56%. Les pratiques étaient majoritairement hétérogènes entre les maternités du réseau : 2 actions étaient considérées comme pratiquées dans toutes les maternités de l'étude, une action était considérée comme non pratiquée et les 14 autres actions comme pratiquées de manière variable entre les maternités du réseau, voire au sein même de celles-ci. Quarante-quatre % des SF de SDC et 64% des pédiatres déclaraient rencontrer « jamais ou rarement » des difficultés ou des freins pour l'organisation de ces sorties, cependant les recommandations HAS étaient globalement peu connues.

L'amélioration des organisations suppose des pratiques plus convergentes et cohérentes. Les sages-femmes y ont un rôle central. La diffusion des outils existants ou créés par les équipes et la communication de nos résultats au sein du réseau pourront susciter un travail réflexif, favoriser la connaissance des recommandations, et surtout, les échanges au sein des équipes.

Mots clés : sortie standard de maternité ; organisation ; amélioration ; cartographie ; réseau de santé périnatale