



HAL
open science

Etat des lieux des sorties précoces dans une maternité de niveau III: étude à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy du 1er décembre 2019 au 31 août 2020

Violaine Risch

► To cite this version:

Violaine Risch. Etat des lieux des sorties précoces dans une maternité de niveau III: étude à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy du 1er décembre 2019 au 31 août 2020. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04320357

HAL Id: hal-04320357

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04320357v1>

Submitted on 4 Dec 2023

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

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



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 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 bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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/V2/leg/leg_droi.php

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



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER S DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par
RISCH Violaine

Etat des lieux des sorties précoces dans une maternité de niveau III

*Etude à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy
du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : EBADI Gila
Sage-Femme Coordinatrice Enseignante

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

RISCH Violaine

Etat des lieux des sorties précoces dans une maternité de niveau III

***Etude à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy
du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020***

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : EBADI Gila

Sage-Femme Coordinatrice Enseignante

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement

Ma directrice de mémoire, Mme Gila EBADI, pour son aide précieuse à la réalisation de ce mémoire, son professionnalisme et sa disponibilité.

Les professionnels de la maternité du CHRU de Nancy qui se sont impliqués dans ce mémoire et ont accepté de répondre à mes questions, ainsi que le personnel du DIM du CHRU de Nancy pour leur participation à cette étude.

Mes camarades de promotion pour ces quatre années passées à leurs côtés, leur soutien et leur bonne humeur.

Ma famille pour son soutien continu durant ces années d'étude, et plus particulièrement mes parents pour leurs relectures attentives.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
METHODE	4
RESULTATS	5
DISCUSSION	10
BIBLIOGRAPHIE	17
TABLE DES MATIERES	20
ANNEXES	21

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
AVB : Accouchement Voie Basse
BS : Bilirubine Sanguine
BTC : Bilirubine Transcutanée
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
DIM : Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
EPP : Entretien Périnatal Précoce
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile
RPL : Réseau Périnatal Lorrain
SA : Semaine d'Aménorrhée
SFN : Société Française de Néonatalogie
SI : Soins Intensifs
SME : Secteur Mère Enfant
UK : Unité Kangourou

Introduction

Pour un accouchement voie basse (AVB), la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité a fortement diminué dans les pays membres de l'OCDE : elle est passée de 4,3 à 3,2 jours entre 1995 et 2007⁽¹⁾. En France, la DMS, estimée à 4 jours en 2010 ⁽²⁾, est mesurée à 3,9 jours en 2019⁽³⁾.

Devant l'évolution de la demande des patientes d'une part, et sous les contraintes économiques, de manque de lits et de professionnels d'autre part, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) introduit en 2004 le retour précoce à domicile. Elle le définit comme une sortie entre J0 et J2 après un AVB et une sortie entre J0 et J4 après une césarienne, sous certaines conditions, notamment que la mère ait les compétences nécessaires à l'évaluation de l'état de santé de son nouveau-né et du sien. De plus, il est recommandé que le suivi du couple mère-enfant soit organisé en amont de la sortie de maternité (*Annexe I*)⁽⁴⁾.

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie de nouvelles recommandations, actualisant celles de l'ANAES : « *Recommandations de bonne pratique sur la sortie de maternité après accouchement* ». Elle y précise qu'au regard de l'expérience des pays où les sorties précoces sont largement pratiquées, aucune durée optimale de séjour en maternité ne peut être définie. Un accompagnement sécuritaire nécessite une organisation du parcours de suivi du couple mère-enfant avant et après la sortie à domicile⁽⁵⁾. La HAS définit, selon des critères précis pour la mère et son enfant (*Annexe II*), qu'une sortie après un séjour standard se réalise 96h après un AVB ou 120h après une césarienne, et que la sortie précoce a lieu dans les 72h après un AVB ou dans les 96h après une césarienne⁽⁶⁾. Outre les critères médicaux, on retrouve la notion de consentement des patientes ou des couples, primordiale à la mise en place de ce dispositif. Notons également que cette sortie ne peut avoir lieu qu'en l'« *absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères* »⁽⁶⁾ et sous condition absolue d'un suivi organisé du duo mère-enfant après la sortie, comprenant les dépistages néonataux⁽⁶⁾. Pour ce faire, elle préconise une information et une organisation dès la période anténatale avec un rôle primordial de la sage-femme ou du professionnel référent^(6,7). Le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2016 indique que le taux de sorties précoces est passé de 3,3% à 5,0% pour les AVB et de 2,8 à 5,8% pour les césariennes entre 2010 et 2016. Bien que la DMS reste de 4 jours en 2016, la fréquence des séjours de trois jours a évolué entre 2010 et 2016 puisqu'elle est passée de 25,8% à 46,9%⁽⁸⁾.

La pandémie de la COVID-19 semble davantage favoriser le développement des sorties précoces^(9,10,11,12). Des réseaux tels que le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) ont été amenés à publier de nouvelles recommandations adaptées à la situation⁽¹³⁾, bien que toujours basées sur celles de la HAS⁽⁶⁾. L'objectif est de faciliter les sorties précoces dans les établissements durant la pandémie tout en organisant un suivi optimal en déterminant des points de vigilance importants. Ainsi, la notion d'urgence est introduite dans les sorties précoces. Dans ses recommandations, le RPL les préconise même en l'absence d'information et de préparation en

anténatal⁽¹³⁾. Il est également souligné qu'une sortie précoce peut être discutée et autorisée au cas par cas dans les 6 à 24 heures après l'accouchement⁽¹³⁾, délai de sortie mis en place par ailleurs dans les maisons de naissance.

Au vu de tous ces éléments, notre recherche, menée à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy, consistait à faire un état des lieux des sorties précoces dans une maternité de niveau III. Elle a été réalisée en deux temps, avec comme hypothèse qu'il existait des freins à la réalisation des sorties précoces. D'abord, une pré-enquête a permis de mesurer l'intérêt de notre étude auprès des praticiens de la maternité et d'en fixer les objectifs. Puis une étude monocentrique, observationnelle et rétrospective a été réalisée afin d'atteindre nos objectifs. Notre objectif principal était d'étudier l'évolution des sorties précoces au regard du confinement du 17 mars au 11 mai 2020 à la Maternité du CHRU de Nancy. Notre objectif secondaire consistait à caractériser les éléments identifiés comme étant des freins au respect des critères de la HAS.

Méthode

1. Pré-enquête

Afin de fixer les objectifs et la méthodologie de l'étude, une pré-enquête a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de périnatalité à la maternité du CHRU de Nancy. La grille d'entretien était constituée autour de trois axes : le ressenti des praticiens interrogés sur l'évolution des sorties précoces avec l'instauration du confinement, leur avis par rapport à ces sorties et les éventuels freins empêchant leur évolution. Enregistrés et anonymisés, les entretiens incluaient deux gynécologues-obstétriciens chefs de pôle et de service, un pédiatre, ainsi que la sage-femme coordinatrice du secteur mère-enfant et la sage-femme coordinatrice en maïeutique.

2. Enquête

Pour répondre à notre objectif principal, une étude monocentrique, rétrospective et observationnelle a été réalisée sur la période du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020 : la période pré-confinement est représentée du 1^{er} décembre 2019 au 29 février 2020, celle per-confinement du 1^{er} mars au 31 mai 2020, et la période post-confinement du 1^{er} juin au 31 août 2020. Nous avons extrait le nombre mensuel de sorties de maternité enregistrées par le Département d'Information Médicale (DIM) dans les 72h après un AVB ou dans les 96h suite à une césarienne.

Le critère de jugement principal était le nombre de sorties précoces avant, pendant et après le confinement de mars à mai 2020.

Les critères d'inclusion correspondaient aux patientes majeures ayant bénéficié d'une sortie à domicile suite à un AVB ou une césarienne à partir de 38 SA. Elles devaient être accompagnées de leur nouveau-né unique.

Les critères d'exclusion correspondaient aux naissances avant 38 SA, multiples ou d'enfants mort-nés, ainsi qu'aux Hospitalisations à Domicile (HAD) et aux mères mineures.

Pour répondre à notre objectif secondaire, une étude de dossiers également monocentrique, rétrospective et observationnelle a été effectuée. L'étude a été réalisée sur les mois de janvier (période pré-confinement), avril (période per-confinement) et juin 2020 (période post-confinement). Pour chacune de ces périodes, ont été inclus les dossiers d'accouchements réalisés du premier au dernier jour inclus de chaque mois.

Le critère de jugement secondaire correspondait aux critères d'éligibilité à une sortie précoce publiés par la HAS en 2014⁽⁶⁾.

Pour ce qui est des critères d'inclusion, afin de répondre de façon plus appropriée à notre objectif secondaire et de compléter notre étude, il a été décidé d'inclure les dossiers des naissances à partir de 37 SA. Cela permettait en effet d'identifier d'éventuelles sorties précoces réalisées avant les 38 SA recommandées pour l'éligibilité à cette sortie. Tous les dossiers des mères ayant accouché par voie basse ou par césarienne à partir de 37 SA, et pour lesquelles le séjour du post-partum avait eu lieu en secteur mère-enfant avec leur nouveau-né ont donc été

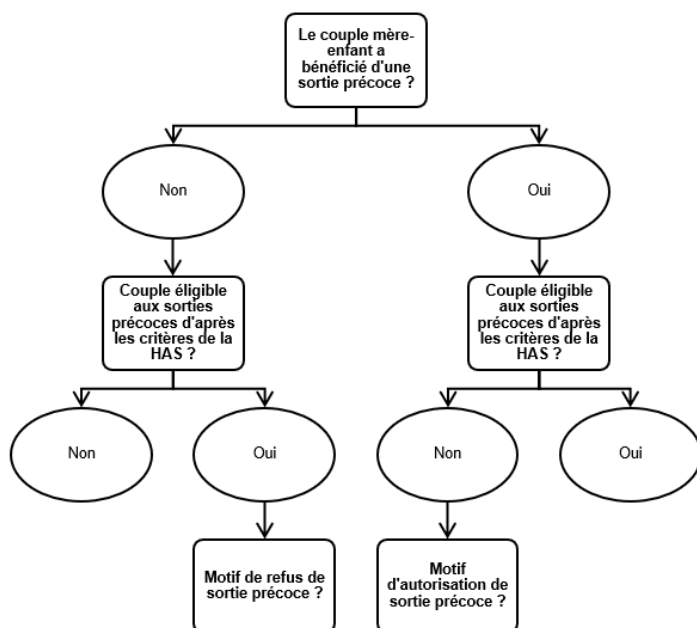


Figure 1 : Schéma de l'étude de dossiers sur les mois de janvier, avril et juin 2020

anonymisées ont été recueillies et analysées via le logiciel Epiinfo version 7.2.2.6 (*Annexe III*).

inclus. Pour les enfants nés par césarienne, le séjour en Unité Kangourou (UK) devait être motivé uniquement par la surveillance post-césarienne.

Pour ce qui est des critères d'exclusion, les nouveau-nés ne devaient pas avoir séjourné dans une unité de soin de néonatalogie (UK, SI...). De même, les mères mineures et tous les accouchements réalisés avant le terme de 37 SA étaient exclus.

Le déroulé de l'étude pour chaque dossier est résumé dans la Figure 1. Les données

Résultats

1. Les entretiens semi-directifs

Les entretiens des cinq professionnels étaient structurés selon trois axes.

Axe 1 : Evolution des sorties précoces autour du confinement

Il est ressorti à l'unanimité que les sorties précoces avaient effectivement augmenté au moment du confinement, période pendant laquelle aucune visite n'était autorisée en salle de naissance comme en secteur mère-enfant (SME) à la maternité. Quatre des cinq professionnels ont évoqué une diminution du nombre de ces sorties à partir du moment où la visite des conjoints a de nouveau été autorisée dans les services. L'un des sujets interrogés a souligné le fait que le consentement des patientes pouvait être fortement impacté par l'incitation des praticiens rencontrés lors du séjour, et les arguments donnés par ceux-ci concernant les bénéfices et les risques de ces sorties.

Axe 2 : Opinion sur les sorties précoces

Quatre professionnels sur les cinq interrogés ont souligné un « retour très positif » avec, notamment, une bonne collaboration avec les praticiens libéraux, qui permettait de répondre aux attentes des patientes demandeuses de ce type de sortie. Ils ont exprimé le souhait de conserver la même dynamique de sorties précoces que celle adoptée pendant le confinement. L'un d'entre eux soulignait toutefois l'absence de protocole, qui pourrait permettre, selon lui, une mise en œuvre plus systématique des sorties précoces au sein de la maternité.

Axe 3 : Freins relevés à la mise en place des sorties précoces

Deux grands freins ont été relevés. Les cinq professionnels étaient unanimes sur le « frein pédiatrique », avec notamment le risque d'ictère. L'absence de bilirubinomètre chez la majeure partie des professionnels libéraux pour la surveillance de l'évolution de la bilirubine après la sortie de maternité constituait, selon eux, une entrave importante aux sorties anticipées. En conséquence, de nombreuses consultations en néonatalogie ont été réalisées durant le confinement pour surveiller la BTC (Bilirubine Transcutanée) des nouveau-nés ayant « inquiété » les équipes médicales durant leur séjour, mais néanmoins sortis précocement. Le risque de perte de poids trop importante a également été évoqué.

Quatre praticiens ont souligné un obstacle organisationnel autour de ces sorties, avec notamment le « manque de temps des professionnels intervenant dans les services postnataux pour préparer et organiser les sorties précoces », sorties nécessitant plus de ressources par rapport à une sortie standard, selon eux.

2. Objectif principal : évolution des sorties précoces au regard du confinement du 17 mars au 11 mai 2020

Les nombres de sorties de maternité sur les trois périodes d'étude, et selon les voies d'accouchement, sont reportés dans les Figures 2 et 3.

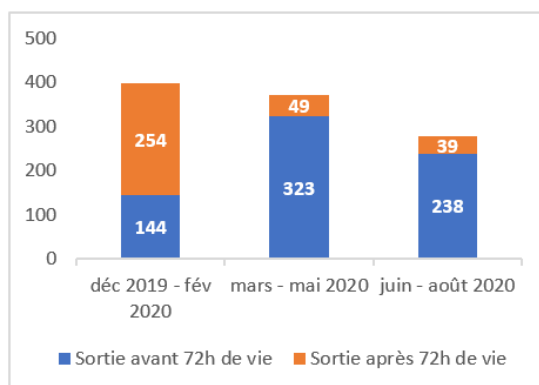


Figure 2 : Répartition des sorties suite à un AVB sur les trois périodes d'étude (en nombre)

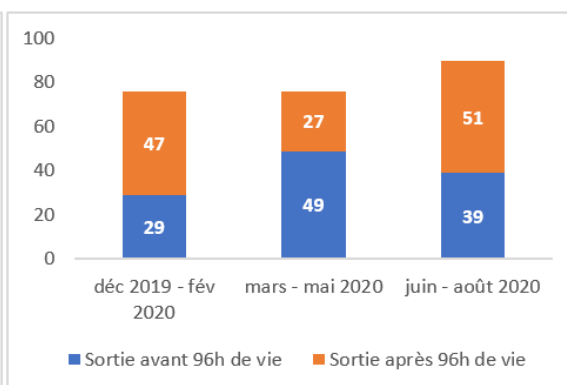


Figure 3 : Répartition des sorties suite à une césarienne sur les trois périodes d'étude (en nombre)

Du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020, 1577 sorties de couples mère-enfant répondant à nos critères d'inclusion ont été enregistrées, réparties en 1335 AVB et 242 césariennes. Parmi les **1335 AVB**, 705, soit **52,8%**, ont bénéficié d'une sortie avant 72h de vie. Dans le cas des césariennes, 117, soit **48,3%**, ont bénéficié d'une sortie avant 96h de vie. AVB et césariennes confondus, on comptait en moyenne **36,5% de sorties précoces avant le confinement**, donc du 1^{er} décembre 2019 au 29 février 2020. Puis on dénombrait en moyenne **64,3% sur les trois mois de confinement** du 1^{er} mars au 31 mai 2020 et **52,2% sur les trois mois suivant le confinement**, soit du 1^{er} juin au 31 août 2020.

3. Objectif secondaire : caractériser les éléments identifiés comme étant des freins au respect des critères de la HAS

Pour rappel, notre critère de jugement secondaire correspondait aux critères d'éligibilité à une sortie précoce publiés par la HAS en 2014⁽⁶⁾. Les 423 dossiers inclus dans notre étude comprenaient 352 AVB et 71 césariennes, répartis sur les trois mois d'étude (Figure 4).

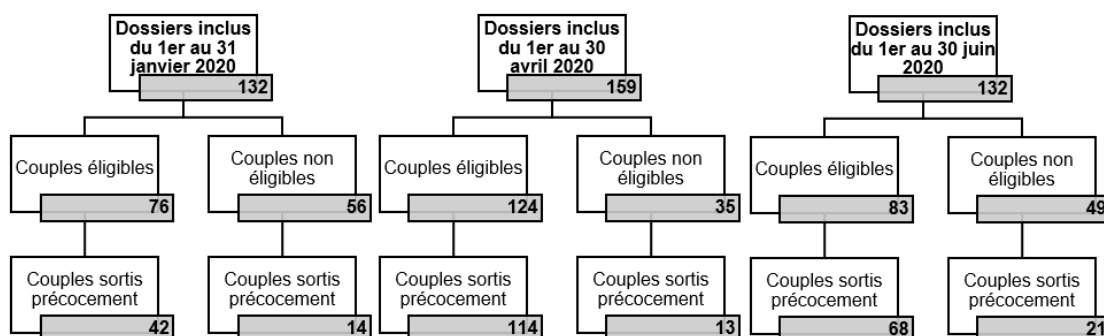


Figure 4 : Description des modalités de sortie sur les trois mois d'étude

Parmi les dyades mère-enfant éligibles aux sorties précoces en janvier 2020, 44,7% (soit 34 dyades) n'ont pas pu en bénéficier, contre 8,1% de celles d'avril 2020 (soit 10 dyades) et 18,1% de celles de juin 2020 (soit 15 dyades). Sur les trois mois d'étude confondus, ces couples mère-

enfant représentaient 13,9% des couples inclus à l'étude. Nous avons recherché les explications de ces refus de sorties précoces (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des motifs de refus de sortie précoce chez des couples mère-enfant éligibles d'après les critères de la HAS sur les mois de janvier, avril et juin 2020 – Maternité Régionale du CHRU de Nancy

	Couples éligibles à une sortie précoce sans en avoir bénéficié suite à un AVB* (n=45)	Couples éligibles à une sortie précoce sans en avoir bénéficié suite à une césarienne (n=14)
Inconnu	27	9
Surveillance ictère	15	3
Surveillance poids	5	-
Jeune âge maternel	1	-
Fatigue maternelle	-	1
Surveillance glycémies du nouveau-né (limites)	-	1

*AVB : Accouchement Voie Basse

Parmi les dossiers de dyades mère-enfant éligibles, aucun motif expliquant le refus n'a été retrouvé dans 61,0% des dossiers concernés. Les autres refus étaient motivés, pour 30,5% d'entre eux, par la surveillance d'ictère. La surveillance du poids du nouveau-né était mentionnée dans 8,5% des cas. Ce dernier motif concernait des nouveau-nés qui avaient perdu moins de 8% de leur poids de naissance. L'un des 59 refus de sortie anticipée était motivé par un pédiatre par le jeune âge maternel, qui était de 20 ans. Certains refus étaient fondés sur plusieurs motifs.

Indépendamment de nos objectifs, l'étude a mis en évidence 36 sorties avant 72h suite à un AVB, et 12 avant 96h suite à une césarienne, sans que la totalité des critères d'éligibilité de la HAS ne soit validée (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des critères de la HAS non remplis lors de la sortie précoce sur les 3 mois d'étude– Maternité Régionale du CHRU de Nancy.

	Sorties précoces suite à un AVB* sans y être éligibles (n=36)	Sorties précoces suite à une césarienne sans y être éligibles (n=12)
Absence de situation de vulnérabilité	16	3
Perte de poids <8% du PN*	9	4
Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe	6	4
APGAR ≥ 7 à 5mn de vie	4	1
Suivi du post-partum organisé après la sortie (nouveau-né)	2	1
Continuité des soins assurée	2	1
Soutien familial / social adéquat	1	1
Température comprise entre 36.5 et 37.5°C en central ou entre 36 et 37°C en axillaire	1	-
Professionnel référent de maternité et de suivi identifié	1	-
Alimentation établie, miction et émission de selle spontanées, transit établi	1	-

*AVB : Accouchement Voie Basse **PN : Poids de Naissance

Ces sorties concernaient 11,3% de l'ensemble des dossiers inclus, soit 25,0 % des sorties précoces du mois de janvier 2020, 10,2% de celles du mois d'avril 2020 et 23,6% de celles du mois de juin 2020. Il est à noter que plusieurs critères pouvaient être manquants pour un même couple mère-enfant lors de l'autorisation de la sortie (Tableau 2). Nous avons donc recherché dans les dossiers concernés des justifications expliquant l'autorisation de ces sorties (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des motifs d'autorisation de sorties précoces chez les couples mère-enfant sortis précocement sans y être éligibles sur les mois de janvier, avril et juin 2020 – Maternité Régionale du CHRU de Nancy.

	Sorties précoces suite à un AVB* sans y être éligibles (n=36)	Sorties précoces suite à une césarienne sans y être éligibles (n=12)
Inconnu	20	1
Examen de sortie pédiatre SP**	8	1
Souhait de la patiente	4	4
Reprise pondérale avant la sortie	2	-
Suivi par une SFL*** impératif	2	-
Confiance en parole de la patiente (contact SFL***)	1	1
Patiente bien entourée	1	-
Suivi psychiatrique en place	2	2
Alimentation par lait tiré-donné	-	2
Suivi AS**** et bon moral de la patiente	-	1

*AVB : Accouchement Voie Basse **SP : Sans Particularité
 SFL : Sage-Femme Libérale *AS : Assistante Sociale

Discussion

1. L'intérêt de mener une pré-enquête

Les entretiens semi-directifs ont permis d'obtenir une première approche des pratiques mises en place autour des sorties précoces dans notre centre d'étude, et de connaître l'état d'esprit des praticiens impliqués dans leur instauration.

Ils ont également permis de confirmer notre hypothèse sur l'existence de freins au développement des sorties précoces.

La suite de l'étude a par ailleurs été structurée en fonction de cette pré-enquête, permettant de répondre au mieux aux besoins et aux attentes des praticiens sur le terrain.

2. Au regard de notre objectif principal : Evolution des sorties précoces autour du confinement du 17 mars au 11 mai 2020

Notre enquête quantitative met en évidence une augmentation de 76,2% des sorties précoces entre les périodes pré et per-confinement, suivie d'une diminution de 18,8% en post-confinement. Cela va dans le sens de ce qui avait été précisé lors des entretiens semi-directifs. A la réalisation de ces derniers, les variations constatées avaient été expliquées par les professionnels par une hausse de la demande des patientes au moment du confinement. Les demandes avaient ensuite diminué, parallèlement au retour de l'autorisation de visites des conjoints. Cette explication illustre la place centrale de l'adhésion des patientes au sein de ce dispositif. Le consentement des patientes est d'ailleurs clairement évoqué dans les

recommandations de bonne pratique de la HAS de 2014⁽⁶⁾, et plusieurs études ont déjà été menées ces dernières années à propos de leur ressenti par rapport aux sorties précoces^(14,15,16,17).

Par l'importance des effectifs étudiés (1577, dont 423 ont été inclus à l'étude de dossiers), cette enquête permet une vision globale et représentative des pratiques mises en place autour des sorties précoces dans notre centre d'étude. Elle offre la possibilité d'obtenir des données objectives sur ces sorties et ouvre des pistes de réflexion pour les perfectionner et favoriser des sorties précoces les plus sécurisées possibles. De plus, séparer les sorties suite à un AVB ou à une césarienne a contribué à identifier d'éventuelles variations des pratiques selon la voie d'accouchement.

La période durant laquelle s'est réalisée l'étude constitue un autre point fort de cette dernière. Notre état des lieux a été réalisé sur neuf mois, ce qui permet une approche globale des sorties précoces à la maternité du CHRU de Nancy. Le fait que l'enquête ait été réalisée autour du premier confinement instauré en raison de la COVID-19 a permis de caractériser l'évolution des pratiques des différents intervenant dans ce système. Par l'étude de la période pré-confinement, ce sont les habitudes adoptés jusqu'alors à la maternité, et en dehors d'un contexte d'urgence, qui sont mis en évidence. La période de confinement permet de caractériser l'évolution de ces habitudes avec l'apparition d'une pandémie mondiale, tandis que la période post-confinement démontre la nouvelle dynamique instaurée par cette situation de crise. L'étude de ces différentes périodes a permis de mettre en évidence des freins aux sorties précoces, d'étudier l'évolution de ceux-ci au regard d'une situation de crise sanitaire, et donc d'identifier les principaux obstacles à l'instauration de ces sorties. Mais un biais peut être relevé concernant la définition de ces périodes. Celle per-confinement a en effet été délimitée du 1^{er} mars au 31 mai 2020, or le confinement a duré du 17 mars au 11 mai 2020. La période définie lors de l'étude ne coïncide donc pas exactement avec celle étudiée.

L'augmentation du nombre d'accouchements, et donc de sorties précoces, pendant les trois mois de confinement pourrait s'expliquer, en partie, par le transfert de l'activité de la maternité du Centre Hospitalier (CH) Saint Charles de Toul à la maternité régionale du CHRU de Nancy durant cette période. Cette maternité étant de niveau I, nous pouvons supposer que les patientes transférées étaient majoritairement à bas risque, et donc éligibles aux sorties précoces. La sortie pourra avoir été préparée et organisée en anténatal. Par ailleurs, l'équipe médicale du CH Saint Charles a œuvré à la maternité du CHRU de Nancy durant cette période. Il s'agissait de praticiens expérimentés dans la prise en charge des patientes à bas risque, et donc dans l'organisation des sorties précoces, ce qui pourrait confirmer l'influence des professionnels rencontrés sur la demande et le consentement des patientes qui avait été évoqué lors de nos entretiens semi-directifs. Cela constitue également un biais de notre étude, bien qu'indépendant de notre volonté, car les pratiques ont différé de par ce changement d'organisation. Au vu de la différence du nombre annuel d'accouchements entre les deux maternités (567 contre 2570 en 2018⁽¹⁸⁾), le seul transfert d'activité du CH Saint Charles de Toul ne permettrait pas d'expliquer entièrement la hausse des sorties précoces relevée lors de notre

enquête au moment du confinement. Nous n'avons d'ailleurs pas quantifié le nombre d'accouchements et de sorties précoces de la population de Toul parmi les accouchements de la maternité du CHRU de Nancy inclus durant cette période.

Un autre biais dans l'évaluation quantitative des sorties précoces réside dans le fait que l'heure de sortie indiquée sur le logiciel informatique de la maternité est enregistrée par les sages-femmes de garde dans le service. Elle pourrait, de ce fait, différer de l'heure réelle de sortie des dyades mère-enfant. Certaines sorties précoces ont pu être enregistrées comme étant des sorties standards et inversement, ce qui est à prendre en compte lors de la lecture des résultats obtenus.

La volonté exprimée par les professionnels « *de rester sur la même dynamique* » pour les sorties précoces suite au confinement du 17 mars au 11 mai 2020 s'illustre par les données obtenues lors de notre étude : bien que moins important que pendant les trois mois de confinement, le nombre de sorties précoces post-confinement reste plus important qu'avant ce dernier. Il serait intéressant de renouveler cette étude à distance de la période pandémique, afin de vérifier la pérennisation de cette évolution. Aucune donnée nationale concernant les sorties précoces en France n'a été publiée depuis celles de l'OCDE en 2019⁽³⁾, à savoir une DMS en France de 3,9 jours (contre 4,0 jours en 2016⁽⁸⁾). Mais le « *Panorama de la santé 2021 : les indicateurs de l'OCDE* »⁽⁹⁾ semble confirmer la tendance évolutive des sorties de maternité constatée dans notre enquête. La diminution des temps de séjour en hôpital avec l'apparition de la COVID-19 y est clairement évoquée. Mais devant ce manque de données nationales depuis le début de la crise sanitaire, le schéma de cette étude quantitative serait intéressant à reproduire au sien d'autres maternités françaises, afin de connaître l'évolution des sorties précoces actuelle en France, et donc d'étudier la pérennisation ou non de ce système. La méthodologie adoptée lors de notre enquête est en effet reproductible au sein d'autres établissements de santé.

3. Au regard de notre objectif secondaire : les freins essentiels aux sorties précoces

Outre notre pré-enquête, les chiffres de sorties précoces enregistrés par le DIM renforcent notre hypothèse sur l'existence potentielle d'entraves à leur mise en place ; une étude de dossiers semblait donc indiquée afin de les identifier et les quantifier.

Les patientes incluses à notre étude de dossiers étaient supposées consentantes pour bénéficier de ce dispositif. Cet élément n'était que très peu mentionné dans les dossiers, bien qu'indispensable à l'instauration de ce type de sortie⁽⁶⁾.

Au total, 39,1% des dyades mère-enfant éligibles à une sortie précoce n'en ont pas bénéficié. Certains critères remplis étaient jugés insuffisamment sécuritaires, engendrant un refus chez des couples mère-enfant pourtant éligibles. Le rapport des 1000 jours souligne l'importance

d'un environnement sécuritaire durant cette période, notamment dans le cadre de sorties précoces. Il précise que cette période « *contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie* »⁽¹⁹⁾.

Les praticiens interrogés lors de notre pré-enquête ont évoqué un « *frein pédiatrique* », avec, en particulier, le risque non négligeable lié à l'ictère, ce que l'étude de dossiers a confirmé. Si les critères de la HAS concernant l'ictère⁽⁶⁾ semblent être jugés insuffisamment sécuritaires, de nouvelles recommandations par la Société Française de Néonatalogie (SFN), publiées en 2015, complètent celles de la HAS avec un arbre décisionnel plus précis sur les conduites à tenir⁽²⁰⁾ (*Annexe IV*). Cela pourrait contribuer à mieux sécuriser le suivi d'ictère en post-partum immédiat. Il est également ressorti lors de notre pré-enquête que l'absence de bilirubinomètre chez une grande partie des sages-femmes libérales est un élément dissuasif important dans la validation des sorties anticipées. Ce problème a déjà été évoqué dans la littérature, et particulièrement en 2016, dans la thèse réalisée par Fostier O. au sujet du vécu des sorties précoces par les professionnels libéraux dans le Nord-Pas-de-Calais⁽²¹⁾. Afin d'étudier des leviers pour permettre l'acquisition de ce dispositif médical, une réflexion collégiale entre les autorités de tutelle telles que l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'assurance maladie, les acteurs hospitaliers et libéraux et l'ordre des sages-femmes nous paraît être nécessaire. De même, l'organisation de réunions pluridisciplinaires régulières entre professionnels hospitaliers et libéraux nous paraît être une solution pour permettre un échange qui contribuerait à harmoniser les pratiques au regard des recommandations, mais aussi, de discuter de cas particuliers dans le but d'une prise de décision pluridisciplinaire. Enfin, il a été mentionné, lors des entretiens, des retours en consultation de néonatalogie pour surveillance de la BTC. En ce sens, il serait intéressant de mener une étude concernant le taux et les indications de consultations et de réhospitalisations suite à une sortie anticipée.

Lors de notre pré-enquête, l'un des sujets interrogés a souligné le souci du manque de protocoles concernant les sorties précoces, qui permettraient de favoriser leur organisation dans des conditions de sécurité optimales. Il nous paraît indispensable de formaliser un parcours de soins autour des sorties précoces allant de la période anténatale au suivi post-natal après la sortie de maternité. La définition des missions des intervenants (dont les professionnels référents hospitaliers et de suivi à domicile) dans le respect des compétences de chacun, ainsi que celle des modalités de réhospitalisation des couples mère-enfant après la sortie de maternité, permettraient d'élargir l'offre des sorties précoces dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins. La définition des missions du professionnel référent, qui a un rôle central dans les sorties précoces, y trouverait toute sa place. Déjà évoqué dans les recommandations de 2014 de la HAS⁽⁶⁾, son rôle n'est reconnu au niveau législatif que depuis avril 2021⁽⁷⁾. Sa mission nous semble primordiale à la sécurisation des sorties précoces. Il permet de faire un lien entre le secteur hospitalier et le secteur libéral pour une meilleure transmission des informations nécessaires au suivi des dyades mère-enfant. La sortie précoce devrait se préparer en anténatal avec ce référent, via notamment la création d'un projet de naissance et l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). Ce dernier semble encore trop peu mis en

place puisque que seules 28,5% des femmes étaient concernées par ce dispositif en 2016, d'après l'enquête nationale périnatale de cette même année⁽⁸⁾.

Un autre frein grandement évoqué reste le manque de temps pour les membres des équipes travaillant dans les services de SME. Compris dans la période des 1000 jours (période primordiale pour le développement de l'enfant allant des 4 mois de grossesse aux 2 ans de vie)⁽¹⁹⁾, le post-partum est une période où les mères, comme les couples, ont des besoins spécifiques tant sur le plan médical et psychique que social et éducatif⁽¹⁹⁾. Le rôle des professionnels de périnatalité nous semble primordial pour répondre à ces besoins et sécuriser au mieux la mère et son enfant. Hormis le suivi médical, leur mission de dépistage des situations de vulnérabilité nous paraît essentielle. Le risque de dépression périnatale est maximal durant le post-partum. La dépression du post-partum reste pourtant peu connue⁽¹⁹⁾ et sous-diagnostiquée⁽²²⁾. Le travail de prévention et de dépistage de la dépression demande aux acteurs de périnatalité un temps considérable, qu'ils estiment ne pas avoir pour mener à bien cette mission. Ce souci a été dénoncé par les instances représentant les différents corps de métier de la périnatalité devant l'évolution des pratiques concernant les sorties de maternité^(23,24,25). La situation de pandémie a aggravé ce manque de temps avec le rajout des sorties précoces non organisées et pratiquées en situation d'urgence. A cela s'ajoute l'arrêt du programme PRADO⁽²⁶⁾ en Lorraine depuis l'arrivée de la COVID-19. Dans ce programme, désormais adapté aux sorties précoces⁽²⁷⁾, un conseiller de la caisse d'assurance maladie organisait avec les patientes éligibles leur suivi après la sortie de maternité, ainsi que celui de leur nouveau-né. Cette aide organisationnelle ayant cessé, ces tâches administratives ont été laissées à la charge des praticiens de SME, les détournant davantage de leurs propres missions. Cela contribuerait au manque de temps dénoncé par ces derniers. En ce sens, la réinstauration de ce programme pourrait leur être d'une aide non négligeable. Cela leur permettrait de se concentrer sur leurs propres obligations de suivi et d'accompagnement. De même, la nécessité de révision du nombre de praticiens dans les services postnataux devient incontournable.

Par ailleurs, l'étude de dossiers a mis en évidence des couples mère-enfant non éligibles aux sorties précoces d'après les critères de la HAS, et pourtant sortis avant les 72 ou 96h de vie. Les trois critères le plus souvent non respectés d'après le Tableau 2 restent, pour les AVB comme pour les césariennes, l'« *Absence de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addictions et de dépendances sévères* »⁽⁶⁾, la « *Perte de poids <8% par rapport au poids de naissance* »⁽⁶⁾, et le terme d'au moins 38 SA (ce qui justifie le choix d'inclusion des dossiers de naissance à partir de 37 SA et non de 38 SA).

En l'absence de grilles d'évaluation, les critères de jugement de la vulnérabilité d'un couple mère-enfant peuvent différer entre les praticiens, d'où la difficulté importante à cibler les facteurs de dépistage pour ces derniers, et les différences entre les évaluations de chacun pour un même couple mère-enfant sur ce critère. Des grilles d'aide à l'évaluation des vulnérabilités des dyades seraient en ce sens une aide supplémentaire pour pallier la subjectivité de

l'évaluation des vulnérabilités. Elles permettraient des repérages plus objectifs et pertinents, et sécuriseraient davantage ces sorties anticipées. La HAS a publié à ce sujet, en 2021, une note de cadrage concernant l'« *Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveau-nés* »⁽²⁸⁾ où l'on peut retrouver une liste des critères de vulnérabilité pour les dyades mère-enfant. D'autres critères sont également retrouvés dans le rapport des 1000 jours à ce sujet⁽¹⁹⁾. Le questionnaire WAST pour le dépistage des violences faites aux femmes (*Annexe V*) a été validé il y a peu dans sa version française. Il semble être une aide considérable pour les spécialistes de périnatalité et, de surcroît, bien accepté par les patientes⁽²⁹⁾.

Afin de mieux comprendre et discuter le raisonnement ayant permis les sorties précoces non éligibles, nous avons recherché dans les dossiers concernés un motif expliquant l'autorisation de ces sorties. Ces motifs sont répertoriés dans le Tableau 3 et diffèrent selon les voies d'accouchement bien que le souhait de sortie de la part de la patiente semble avoir une place non négligeable dans la prise de décision. La sortie devant rester la plus sécuritaire possible, l'importance de l'élaboration d'un projet de naissance et de la réalisation d'EPP trouve tout son sens pour la programmation de cette dernière. Une organisation en amont de la naissance pourrait permettre une certaine flexibilité dans le respect des critères nécessaires à l'éligibilité pour une sortie anticipée. La bonne collaboration mentionnée lors des entretiens entre praticiens hospitaliers et libéraux pourrait également, selon nous, expliquer l'autorisation de sortie malgré le non-respect de tous les critères de la HAS⁽⁶⁾.

Notre étude nous a donc bien permis de remplir notre objectif secondaire, mais aussi de mettre en évidence certaines sorties anticipées sans remplir tous les critères d'éligibilité à une sortie précoce. Rappelons que les cas de sorties standards éligibles aux sorties précoces, tout comme ceux de sorties précoces non éligibles, restent minoritaires. La majorité des couples mère-enfant éligibles d'après les critères de la HAS semblent en avoir bénéficié, et inversement.

4. Conclusion

L'étude a permis d'atteindre les deux objectifs fixés. Les sorties précoces à la maternité du CHRU de Nancy ont augmenté de 76,2% au moment du confinement pour ne diminuer que légèrement par la suite (18,8%). Notre état des lieux sur les sorties précoces au regard du confinement du 17 mars au 11 mai 2020 a permis de caractériser des blocages persistants, tels que le suivi de l'ictère. Au vu des chiffres obtenus, une nouvelle dynamique semble toutefois avoir été lancée au sein de la maternité suite à ce confinement. Par ailleurs, l'enquête a permis d'identifier certaines sorties précoces autorisées malgré le non-respect de tous les critères d'éligibilité de la HAS⁽⁶⁾. Si certains critères fixés par la HAS ne paraissent pas suffisamment sécuritaires pour les praticiens de périnatalité, d'autres sembleraient mériter une certaine

flexibilité afin de respecter au mieux les choix des patientes. Par conséquent, la prise en charge personnalisée est plus que jamais de mise dans ce parcours.

D'autres études permettraient de compléter l'évaluation des sorties anticipées, telles que la mesure de la satisfaction des patientes ou des couples, qui sont l'élément central de ce système, ou encore le recueil du point de vue des acteurs libéraux. Une étude économique du côté de la direction du CHRU permettrait aussi de connaître les conséquences financières de ce dispositif. Il serait également important de connaître les taux de réhospitalisation suite à une sortie précoce ainsi que leurs causes, pour améliorer ce parcours.

Par la suite, l'extension de cette étude à d'autres centres hospitaliers permettrait de généraliser les résultats obtenus à l'échelle du territoire français.

Enfin, la définition optimale de ce parcours de soins est un des piliers du développement des accouchements ambulatoires avec un retour à domicile aussi bien précoce que sécuritaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Economique. Les statistiques de l'OCDE révèlent des dépenses de santé sans précédent [en ligne]. 2003 [cité le 17 novembre 2021]. Disponible sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/lesstatistiquesdelocderevelentdesdepensesdesantesansprecedent.htm>
2. CNNSE, Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité [en ligne]. 2013 [cité le 17 novembre 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
3. OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Economique. Durée de séjour à l'hôpital [en ligne]. 2020 [cité le 1^{er} février 2022]. Disponible sur : <https://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm>
4. ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Sortie précoce après accouchement, conditions pour proposer un retour précoce à domicile [en ligne]. 2004 [cité le 23 avril 2021]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/sortie-precoce-apres-accouchement.pdf>
5. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique – Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. 2014 [cité le 17 novembre 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
6. HAS, Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. 2014 [cité le 8 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
7. Ministère de la santé et des sports. Code de la Sécurité Sociale. Article L162-8-2, 26 avril 2021.
8. INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [en ligne]. 2017 [cité le 16 octobre 2021]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
9. OCDE, Organisation de Coopération et de Développement Economique. Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE [en ligne]. 2021 [cité le 17 février 2022]. Disponible sur : https://www.oecd-ilibrary.org/sites/fea50730-fr/1/3/5/8/index.html?itemId=/content/publication/fea50730-fr&_csp_=3364ebf8f7cff241599891cc6f929959&itemGO=oecd&itemContentType=book
10. CNSF, Collège National des Sages-Femmes de France. Mise à jour des réponses rapides dans le cadre du COVID 19 de la HAS (femmes enceintes et post-partum) [en ligne]. 2020 [cité le 6 février 2022]. Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/has-reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-continue-du-suivi-des-femmes-enceintes-2/>
11. Maternité de Port Royal. Chiffres clés en 2020 [en ligne]. 2021 [cité le 29 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.materniteportroyal.fr/la-maternite/chiffres-clefs/>

12. Mauger M, Theveniaut-Rousset C. Bilan à 4 ans de la mise en place des sorties précoces en maternité CHU de Nantes, CHU d'Angers. 24^e journées scientifiques [org. par le réseau sécurité naissance] ; 18-19 novembre 2021 ; La Baule [en ligne]. 2021 [cité le 29 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2021/11/LES-SORTIES-PRECOCES.pdf>
13. RPL, Réseau Périnatal Lorrain. Recommandations du Réseau Périnatal Lorrain, Points de vigilance sur les sorties précoces [en ligne]. 2020 [cité le 11 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.reseaperinatallorain.fr/app/download/33141626/RECO_RPL_points+de+vigilance+sorties+pr%C3%A9coces+V+F+08-06-20.pdf
14. Bessa Do Amaral Coutinho A. le retour précoce à domicile. Point de vue des patientes à travers une enquête prospective en Seine-Maritime [mémoire]. Rouen : Université de Rouen ; 2016 [cité le 11 septembre 2020]. 85p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01396538/document>
15. Forterre M. Les sorties précoces : regard des patientes sur les pratiques aux Centres Hospitaliers de Nice et d'Antibes [mémoire]. Nice : Université de Nice Sophia-Antipolis ; 2017 [cité le 11 septembre 2020]. 78p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690187/document>
16. Laroutis K. Eligibilité et freins à une sortie précoce du point de vue des patientes en maternité de niveau 3 à Marseilles [mémoire]. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2017 [cité le 11 septembre 2020]. 48p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01634624/document>
17. Marcq C. Le motif de refus des sorties précoces, enquête auprès des femmes multipares à Jeanne de Flandre [mémoire]. Lille : Université Lille 2 ; 2016 [cité le 7 février 2022]. 64p. Disponible sur : <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2018/11/Motif-de-refus-des-sorties-pr%C3%A9coces.pdf>
18. Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle. La santé de la mère et de l'enfant, chiffres clés 2018 [en ligne]. 2019 [cité le 9 mars 2022]. Disponible sur : <http://meurthe-et-moselle.fr/sites/default/files/Page%20Service/PDF/2019-235-CHIFFRES-CLES-PMI%202018.pdf>
19. Ministère des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours, là où tout commence : rapport de la commission des 1000 premiers jours [en ligne]. 2020 [cité le 6 février 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
20. SFN, Société Française de Néonatalogie. Ictère du nouveau-né : organigramme décisionnel de sortie et suivi [en ligne]. 2015 [cité le 18 octobre 2021]. Disponible sur : https://f4ed7074-25ed-461c-8cf3-ddd4393f43e2.filesusr.com/ugd/d8ff38_7e77532ff4344aa9bbc77c40011724c5.pdf
21. Fostier O. Le suivi du nouveau-né sorti précocement de maternité par les professionnels de santé libéraux. Recherche qualitative sur les vécus des professionnels de santé libéraux dans le Nord-Pas-De-Calais [thèse]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2016 [cité le 11 septembre 2020]. 67p. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M099.pdf
22. Battut A, Harvey T, Lapillonne A. 110 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant. 2^e ed. Issy-les-Mouliex : Elsevier Masson ; 2020

23. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Communiqué de presse, Journée Internationale d'action pour la santé des femmes le 28 mai, deux appels des gynécologues et obstétriciens français [en ligne]. 2021 [cité le 6 février 2022]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/telechargement-fichier/fichiers?path=Presse%252F2021%252FCP_CNGOF_Appel_28mai_27052021.pdf&Itemid=814
24. CNOSF, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Dossier de presse : contribution du CNOSF [en ligne]. 2021 [cité le 6 février 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2021/06/Dossier-de-Presse-contribution-CNOSF-IGAS.pdf>
25. CNSF, Collège National des Sages-Femmes. Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France. Volet 1 – enquête quantitative [en ligne]. 2020 [cité le 6 février 2022]. Disponible sur : https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAte-Bien-%C3%AAre.pdf
26. AMELI, Assurance Maladie En Ligne. Retour à domicile après hospitalisation [en ligne]. 2015 [cité le 16 février 2022]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4030/document/suivi-domicile-femme-nouveau-ne_assurance-maladie.pdf
27. AMELI, Assurance Maladie En Ligne. Prado, le service de retour à domicile [en ligne]. 2022 [cité le 16 février 2022]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19369
28. HAS, Haute Autorité de Santé. Accompagnement du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux-nés [en ligne]. 2021 [cité le 17 février 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco411_cadrage_grossesse_vulnerabilites_post_coi_2021_05_05_pg_090621.pdf
29. SPF, Santé Publique France. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool) [en ligne]. 2021 [cité le 17 février 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/article/2021/validation-de-la-version-francaise-d-un-outil-de-depistage-des-violences-conjugales-faites-aux-femmes-le-wast-woman-abuse-screening-tool>

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
METHODE	4
RESULTATS	5
DISCUSSION	10
BIBLIOGRAPHIE	17
TABLE DES MATIERES	20
ANNEXES	21

ANNEXE I

Conditions de base à respecter d'après l'ANAES pour une sortie précoce de maternité ⁴

- Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leurs résultats sont connus et satisfaisants.

- La mère a une compétence et une autonomie suffisantes pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile.

- Le suivi est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture. Ils doivent pouvoir intervenir dans des délais et selon des modalités adaptées aux différentes difficultés possibles.

ANNEXE II

Critères définis par la HAS en 2014 pour définir l'éligibilité d'un couple mère-enfant à une sortie précoce⁶

Pour la mère
<ul style="list-style-type: none">- Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites addictives et de dépendances sévères- Soutien familial et/ou social adéquat- Absence de pathologie chronique mal équilibrée- Absence de complication ou pathologie nécessitant une observation ou un traitement médical continu- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat (pertes estimées >1500 ml)- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection- Absence de signes thromboemboliques- Douleur contrôlée- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité- Accord de la mère ou du couple- Continuité des soins assurée- Professionnels référents de maternité et de suivi identifiés
Pour le nouveau-né
<ul style="list-style-type: none">- Nouveau-né à terme d'au moins 38 SA, singleton et eutrophe- Apgar d'au moins 7 à 5 mn de vie- Examen clinique normal le jour de la sortie- Alimentation établie- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie- Surveillance renforcée du risque d'ictère (BTC à reporter sur le carnet de santé et sur les courbes de référence)- Absence d'élément clinique ou paraclinique en faveur d'une infection / prélèvements récupérés et négatifs- Perte de poids < 8% par rapport au poids de naissance- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C- Suivi du post-partum après la sortie organisé- Suivi médical du nouveau-né organisé

ANNEXE III

Grille de recueil des données de l'étude de dossiers via le logiciel Epiinfo version 7.2.2.6

Analyse de dossiers

Numéro d'anonymat :

Terme :

Couple mère-enfant éligible à une sortie précoce d'après les critères de la HAS

Le couple mère-enfant a bénéficié d'une sortie précoce

Si non, motif :

Si sortie précoce sans remplir tous les critères de la HAS :
Critère(s) non rempli(s) :

Chez la mère :

- Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites addictives et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat (> 1500 ml)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
- Absence de signes thromboemboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité
- Accord de la mère ou du couple
- Continuité des soins assurée
- Professionnels référents de maternité et de suivi identifiés

Chez le nouveau-né :

- Nouveau-né à terme d'au moins 38 SA, singleton et eutrophe
- APGAR d'au moins 7 à 5mn de vie
- Examen clinique normal le jour de la sortie
- Alimentation établie, miction et émissions de selles spontanées, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie
- Surveillance renforcée du risque d'ictère (BCT à reporter sur le carnet de santé et à rapporter aux courbes de référé)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection/prélèvements récupérés et négatifs si group
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus, suivi de leur traçabilité
- Suivi post-partum après la sortie organisé
- Suivi médical du nouveau-né organisé
- Perte de poids <8% par rapport au poids de naissance
- Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C

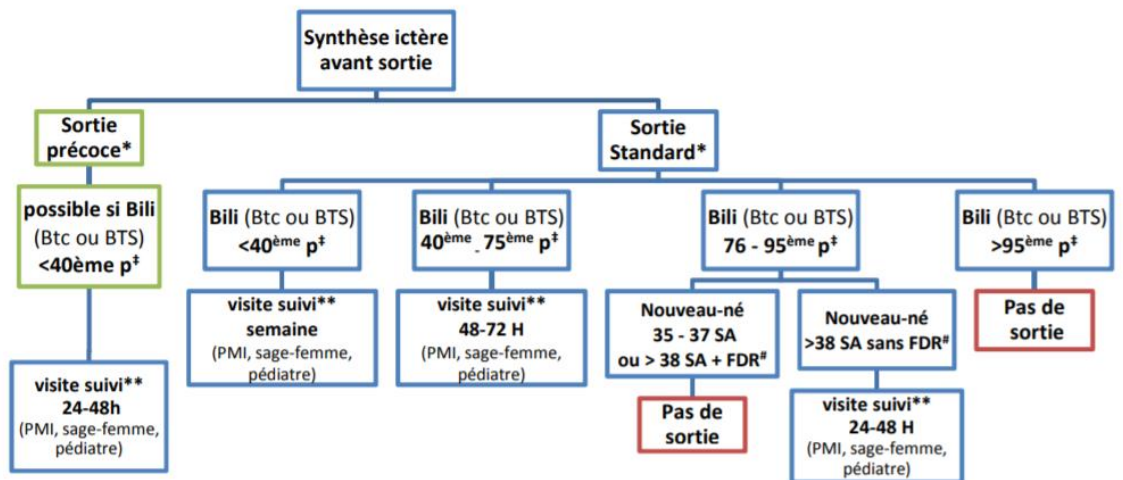
Motif de la sortie :

ANNEXE IV

Organigramme décisionnel de sortie et de suivi de l'ictère néonatal publié par la SFN²³

Sortie précoce* (HAS 2014) : <72h si voie basse et <96h si césarienne

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



ANNEXE V

Questionnaire WAST

Questionnaire WAST version française (version originale en annexe)
Le groupe de travail a choisi de maintenir la sous-section WAST-SHORT

<p>Les items 1 et 2 constituent le WAST-SHORT</p> <p>En cas de réponse positive à l'une des questions, continuer avec l'ensemble du questionnaire</p>	<p>1. En général, comment décrivez-vous votre relation avec votre conjoint ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très tendue <input type="checkbox"/> Quelque peu tendue <input type="checkbox"/> Sans tension</p> <p>2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très difficilement <input type="checkbox"/> Assez difficilement <input type="checkbox"/> Sans difficulté</p>		<p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p>
<p>Les 8 items constituent le WAST</p> <p>Total : / 16 Valeur seuil = 5</p>	<p>3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaisé(e) ou que vous vous sentez dévalorisé(e) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraité physiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p>		<p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p> <p>2 1 0</p>

**Etat des lieux des sorties précoces
dans une maternité de niveau III**

***Etude à la Maternité Régionale du CHRU de Nancy
du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020***

Résumé

Introduction : Définies depuis 2004, les sorties précoces évoluent en France avec, notamment, les recommandations de la HAS de 2014. Suite à la pandémie de la COVID-19, il semblait intéressant d'étudier l'évolution de ces sorties à la maternité (de niveau III) du CHRU de Nancy autour du confinement du 17 mars à 11 mai 2020. L'hypothèse posée était l'existence de freins à leur développement.

Objectifs : Etudier l'évolution des sorties précoces au regard du confinement (I). Caractériser les éléments identifiés comme des freins au respect des critères de la HAS (II).

Méthode : Une pré-enquête par entretiens semi-directifs auprès de professionnels de notre centre d'étude a permis une première approche sur la politique de sorties précoces en place et la définition de nos objectifs. Puis une étude monocentrique, rétrospective et observationnelle a été menée en deux temps : une étude quantitative du nombre de sorties de maternité enregistrés par le DIM du 1^{er} décembre 2019 au 31 août 2020 d'une part, et une étude de dossiers sur janvier, avril et juin 2020 d'autre part.

Résultats : Les sorties précoces ont augmenté de 76,2% entre les périodes pré et per-confinement (36,5% contre 64,3%). Elles ont ensuite diminué de 18,8% (52,2% en post-confinement) (I). Parmi les 423 dossiers étudiés, 59, pourtant éligibles, ne sont pas sortis précocement, pour une raison souvent inconnue (36) ou liée majoritairement à la surveillance de l'ictère (15). Quarante-huit en ont bénéficié sans remplir tous les critères d'éligibilité (II).

Conclusion : Une nouvelle dynamique de sorties précoces semblerait s'être installée avec la pandémie. Devant la persistance de certains freins, cette enquête réaffirme la nécessité d'une collaboration avec l'élaboration d'un parcours de soins autour des sorties précoces, pour la progression et la pérennisation du dispositif.

Abstract

Backgrounds : Defined since 2004, earlier discharges have evolved in France, especially with HAS' recommendations of 2014. Following the COVID-19 pandemic, it seemed interesting to

study those discharges' evolution regarding the confinement from the 17th of March to the 11th of May 2020 in the maternity hospital from Nancy's CHRU (level III). It was hypothesized that there were some constraints to their development.

Objectives : Studying earlier discharges' evolution regarding the confinement (I). Characterising elements identified as impediments to follow HAS'criteria (II).

Method : A preliminary survey by semi-structured interviews of healthcare professionals working in our study centre let us get an initial approach on early discharges policy in place and define our objectives. Then, a monocentric, retrospective and observational study was conducted in two times : quantitative study of maternity discharges recorded by the DIM from the December, 1st of 2019 to the August, 31th of 2020 on one hand, and by a file review in January, April and June 2020 on the other hand.

Results : Earlier discharges have increased by 76,2% between periods before and during confinement (36,5% against 64,3%). Afterwards, they have decreased by 18,8% (52,2% after confinement) (I). Between the 423 files studied, 59, yet eligible, didn't leave hospital maternity earlier for a reason mostly unknown (36) or mostly related to jaundice (15). Forty-eight left hospital without meeting all of the eligibility criteria (II).

Conclusion : It seems that a new dynamic of earlier discharges took hold with the pandemic. Considering the persistence of certain constraints, this survey reasserts the necessity of collaboration by establishing a care pathway around earlier discharges, to make progress with this system and perpetuate it.

Mots clés (3)

Sorties précoces – Eligibilité – Freins