



HAL
open science

La liaison hôpital–PMI dans la Loire : état des lieux et optimisation

C Cotte, Céline Chauleur, B Trombert, D Lavaire, C Bois, H Patural

► **To cite this version:**

C Cotte, Céline Chauleur, B Trombert, D Lavaire, C Bois, et al.. La liaison hôpital–PMI dans la Loire : état des lieux et optimisation. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2014, 27, pp.62 - 67. 10.1016/j.jpp.2013.12.001 . hal-04819946

HAL Id: hal-04819946

<https://hal.science/hal-04819946v1>

Submitted on 4 Dec 2024

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.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

La liaison hôpital–PMI dans la Loire : état des lieux et optimisation

The liaison between hospital and the Loire maternal and infant welfare service: Inventory and optimization

C. Cotte^a, C. Chauleur^b, B. Trombert^c,
D. Lavaire^a, C. Bois^d, H. Patural^{e,*}

^a Conseil général de la Loire, pôle vie sociale, territoire de Saint-Étienne, 4, rue Victor-Duchamp, 42026 Saint-Étienne cedex 1, France

^b Service de gynécologie et obstétrique, pôle mère–enfant, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex, France

^c Service épidémiologie, économie de la santé et prévention, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex, France

^d Service universitaire de médecine générale, faculté de médecine Jacques-Lisfranc, 42023 Saint-Étienne, France

^e Service de réanimation pédiatrique, pôle Mère-Enfant, CHU de Saint-Etienne, hôpital Nord, avenue Albert-Raimond, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

Reçu le 2 août 2013 ; accepté le 4 décembre 2013

MOTS CLÉS

Réseau de périnatalité ; Protection maternelle et infantile

Résumé

Objectifs. – Dans le cadre du réseau de périnatalité ville–hôpital ELENA Loire–Nord-Ardèche, les liaisons postnatales entre les services de maternités et les services de protection maternelle et infantile (PMI) sont coordonnées par le conseil général de la Loire.

Méthode. – Nous avons évalué l'efficacité de l'outil fiche de liaison (FDL) dans la transmission des informations, à partir de l'analyse de 819 FDL implémentées en 2011 par les services de maternité et de néonatalogie du CHU de Saint-Étienne.

Résultats. – Le taux de remplissage des items « obligatoires » de la FDL est supérieur à 90% alors que le signalement aux familles des informations transmises à la PMI n'est pas optimal (63,4%). Le secteur de PMI réalise un retour dans 91,1% des cas. Parmi les items « facultatifs », les commentaires libres existent dans 82,5% des FDL.

Discussion. – Une amélioration de l'information de l'utilisateur sur la transmission d'information vers le secteur est nécessaire. Notre étude a montré que si le fond de la fiche de liaison est pertinent, la forme est perfectible ; nous proposons une version « optimisée » de la FDL.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hugues.patural@chu-st-etienne.fr (H. Patural).

Une informatisation et une implémentation optimales du logiciel interne du conseil général permettraient également de réduire les délais de transfert d'information.

Conclusion. – La coordination entre les acteurs hospitaliers et les services de protection maternelle et infantile du réseau de périnatalité Loire–Nord-Ardèche ELENA est perfectible. L'informatisation des liaisons entre les services hospitaliers et le conseil général est le seul garant d'une efficacité de l'organisation humaine déjà mise en place.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Perinatal network;
Maternal and child
health

Summary

Objectives. – Within the French perinatal network ELENA (Loire–Nord-Ardèche), links between maternity and neonatal units and the maternal and infant welfare service are coordinated by the General Council of the Loire.

Method. – We evaluated the effectiveness of the manuscript "connection" form (CF) used in the transmission of information from the analysis of 819 CF implemented in 2011 by the maternity and neonatology units of the Saint-Étienne University Hospital.

Results. – The filling rate of "required" items is greater than 90%, but reporting to the families of information sent to the maternal and infant welfare service is not optimal (63.4%). This service makes a return in 91.1% of cases. Among the "optional" items free comments exist in 82.5% of CF.

Discussion. – Improving information to the parents of the babies on the need to transfer data to the social department is necessary. Our study showed that if the aim of the CF is relevant, it is perfectible. So we propose an "optimized" version of the CF. Computerization and optimal implementation of dedicated software owned by the General Council would also reduce delays of data transfer.

Conclusion. – The coordination between the hospital units of our perinatal network ELENA and the maternal and infant welfare service is perfectible. The computerization of links is the only guarantee of efficiency and optimization of human organization already in place.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Si annuellement quelque 140 millions de naissances sont dénombrées à travers le monde (données OMS 2012), la forte mortalité maternelle et infantile observée dans de nombreux pays a recentré la protection des mères et des enfants au cœur des problématiques de santé publique. Pour les pays émergents, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a ciblé parmi ses 8 « objectifs du millénaire pour le développement », une réduction de 2/3 de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (OMD 4) et une réduction de 3/4 de la mortalité maternelle (OMD 5) entre 1990 et 2015. Pour cela, elle soutient les programmes de soins et d'accompagnement des femmes enceintes, des jeunes mères et des enfants [1]. Dans les pays industrialisés, le concept de protection de la mère et de l'enfant, développé depuis plusieurs décennies, a pris son essor à la fin de la Seconde Guerre mondiale mais néanmoins de manière variable d'un pays à l'autre : ainsi en Europe, les modalités du suivi de la grossesse (nombre et contenu des examens cliniques, de laboratoire et d'imagerie) n'ont pas été harmonisées, la France préconisant par exemple 7 visites (+3 échographies prénatales) lorsque l'Allemagne et la Suède en sollicitent 12 [2,3]. Sur un plan structurel, l'organisation même des territoires de santé et la répartition des maternités de type I, IIa, IIb et III varient également selon les États. Les modalités de prise en charge des accouchements eux-mêmes n'ont pas toujours fait l'objet d'un consensus (rupture des membranes, analgésie, induction du travail, épisiotomie, taux de césariennes, césarienne chez les primipares,

présence ou non de l'obstétricien...) [4] et aucune étude comparative n'a permis à ce jour de conforter la supériorité d'un modèle sur un autre [3,4], même si l'exemple suédois [5], privilégiant la sortie précoce de maternité mais surtout l'accompagnement de l'enfant et de sa famille à domicile, semblait intéressant [6] sur les indicateurs de santé.

En France, le concept de protection maternelle et infantile (PMI) a vu le jour en 1945 et s'est développé parallèlement aux plans périnatalité successifs, permettant de diviser par 34 la mortalité infantile en 65 ans (113,7‰ en 1945, 3,3‰ en 2011) [7]. La PMI est devenue par les lois de décentralisation une compétence « obligatoire » et légale des conseils généraux, modifiée par plusieurs grandes lois, dont la loi dite « PMI du 18 décembre 1989 » et la loi réformant la protection de l'enfance n° 2007–2093 du 5 mars 2007. L'organisation et les missions du service départemental de PMI figurent en particulier dans le Code de la santé publique (articles L2112-1 à 2112-10). Dans le département de la Loire (42), concerné par notre étude, le pôle vie sociale est divisé en 4 territoires, eux-mêmes segmentés en secteurs géographiques. Chaque service de PMI de secteur réunit des puéricultrices de secteur, une sage-femme de secteur et, en fonction des besoins, un médecin d'activité clinique sous la responsabilité du médecin « santé PMI ».

Parmi ses attributions, la PMI de secteur, organise les visites à domicile dites « visites de naissance », effectuées par la puéricultrice de secteur sur des critères propres à chaque département (e.g., dans la Loire : poids de naissance < 2500 g, mère de moins de 20 ans, famille monoparentale, naissances multiples, anomalie congénitale) et sur la base

déclarative des certificats de santé du 8^e jour (CS8). Les puéricultrices de secteur peuvent également intervenir sur sollicitation de la maternité.

Afin de faciliter le lien entre les maternités et les secteurs sanitaires et sociaux du département, un poste de puéricultrice de liaison a été aménagé à l'initiative des services de PMI du conseil général dès 1986.

En parallèle a été créé un formulaire « transmission d'information entre les services maternités et les équipes de PMI », qui deviendra la fiche de liaison (FDL) dont la version actuellement en vigueur date de 2007.

Le dispositif actuel, étendu à tout le département, se décline de 2 façons :

- pour les maternités publiques de Roanne, Firminy, Montbrison, Saint-Chamond, une puéricultrice de secteur effectue les liaisons sur un poste mixte ;
- pour le territoire de Saint-Étienne et ses 2 maternités (CHU – 3400 naissances et hôpital privé de la Loire – 1800 naissances), le poste de puéricultrice de liaison correspond à 1 équivalent temps plein.

Les informations collectées lors des 2 passages hebdomadaires sont réorientées vers le secteur de PMI concerné, selon l'adresse géographique de l'enfant. Le secteur peut alors mener des actions auprès de la mère et de l'enfant et implémenter en parallèle certaines informations dans un logiciel « INTERMED » dédié, propre au CG42. Après investigation, un retour d'information est renvoyé du secteur vers le service sollicitant. Afin d'évaluer l'efficacité de cette organisation visant à accompagner les familles par les services de PMI, dès le séjour en maternité des mères et des bébés, nous avons souhaité étudier sur la base de l'année civile 2011 les fiches de liaison (FDL) émanant des services de néonatalogie et de maternité du CHU de Saint-Étienne. Le profil des familles concernées par les FDL a également été intégré pour évaluer la pertinence de ce dispositif. L'amélioration de cet outil est l'objectif principal de ce travail afin d'optimiser la coordination des différents acteurs travaillant dans le champ de la périnatalité et d'assurer une continuité d'accompagnement de la famille autour de la naissance.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur l'ensemble des fiches de liaison (FDL) effectuées au CHU de Saint-Étienne du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011. Sur cette période, la maternité du CHU a enregistré 3455 naissances (source Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]).

Considérant que la séparation mère–bébé inéluctable en cas d'hospitalisation du nouveau-né en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie peut être source de difficulté d'attachements, nous avons opté dès 1996 pour la réalisation systématique d'une FDL dans cette situation. En revanche, pour les enfants de maternité, la FDL n'est remplie que si des critères d'inquiétude sont présents.

Ces FDL sont rédigées manuellement sur un support papier. Les principes de la transmission d'information sont détaillés dans un cahier des charges. Il convient

de distinguer les items obligatoires de ceux facultatifs recoupant les informations contenues dans le CS8 (théoriquement joint à la FDL). La FDL regroupe des informations administratives dont certaines obligatoires (coordonnées du service sollicitant, état civil de l'enfant et coordonnées de la famille) et d'autres facultatives (profession des parents, organisation de la fratrie, coordonnées des professionnels intervenants). Sur un plan médical, les données de la grossesse, de l'accouchement et du mode d'alimentation choisi peuvent être détaillées. L'information donnée aux parents sur l'intervention de la PMI est théoriquement obligatoire. Les motifs de sollicitation de la PMI sont également demandés avec 6 critères d'inquiétude distingués : problème médical de l'enfant, besoin particulier de soutien de la mère, soutien à l'allaitement, problématique autour du lien mère–enfant, difficultés intrafamiliales ou socioéconomiques. Une zone de commentaire libre permet au professionnel d'apporter des précisions éventuelles. La dernière partie de la FDL est réservée au secteur PMI après intervention auprès de la famille et toujours retransmise au service hospitalier sollicitant.

Pour notre étude, le recueil de ces FDL manuscrites a été effectué à partir des archives de la puéricultrice de liaison. Soixante-quatorze FDL « doublons » ont été fusionnées.

Pour les enfants résidents dans le département de la Loire, des recoupements ont également été réalisés :

- avec la base de données des sages-femmes de secteur, sur la période allant de mi-2010 à fin 2011 (afin de vérifier si les mères des nouveau-nés ayant fait l'objet d'une FDL avaient bénéficié d'un suivi anténatal par le secteur) ;
- avec l'outil GOMAP (Guide d'observation en maternité pour une aide à la parentalité). Cet outil d'observation, mis en circulation en 2010 à l'issue d'un groupe de travail associant les professionnels des maternités du CHU, la psychologue hospitalière, la psychologue de l'Association naître et bien-être, des médecins et la puéricultrice de liaison du CG42, est censé permettre aux professionnels hospitaliers d'objectiver la qualité du lien mère–enfant lors du séjour en maternité ;
- avec le logiciel interne SAS du CG42 afin de tracer un éventuel recours par la famille concernée (mère et/ou père) aux services sociaux de secteur au moins à 2 reprises à partir de début 2010 et jusqu'en avril 2013 ;
- avec le logiciel interne INTERMED du CG42 pour repérer les enfants suivis en consultation de PMI ;
- avec la cellule départementale de protection des personnes (CDPP) de la Loire sur la période comprise entre la grossesse de la mère et avril 2013, à la recherche de mesures d'action concertée, d'investigation par le secteur suite à un recueil d'information préoccupante (RIP), de dépôt de plainte pour violence intrafamiliale (VIF), de mesure de protection administrative (aide éducative administrative), de mesure de protection judiciaire (action éducative en milieu ouvert, alternative au placement, placement avec maintien prioritaire en milieu familial), de mesure de placement (accueil provisoire ou au long cours).

L'analyse statistique sur les items d'intérêt a été réalisée à partir du logiciel Moda Lisa v5,1 (Kynos®, Paris).

Tableau 1 Motifs de la liaison au secteur (705 fiches de liaison [FDL] renseignées, 1055 réponses).

Motif de la liaison	n	%
Problème médical de l'enfant	271	38,40
Besoin de soutien de la mère	364	51,60
Problèmes de lien mère–enfant	204	28,90
Difficultés intrafamiliales	20	2,80
Difficultés socioéconomiques	93	13,20
Autres	103	14,60

Résultats

Pendant la période analysée (1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011), 3455 naissances vivantes ont été enregistrées au CHU. Nous avons récupéré 765 FDL différentes dans les 2 unités de maternité et le service de néonatalogie. Pour les besoins de l'étude, en cas de grossesse multiple, une fiche a été éditée pour chaque enfant de la fratrie. Après élimination des FDL doublons, l'étude a donc intégré au total 819 FDL concernant 819 enfants et 750 familles. Au total, 388 FDL proviennent de néonatalogie et 431 de maternité. Nous avons analysé la qualité du remplissage des FDL par les soignants hospitaliers. Selon le cahier des charges en vigueur actuellement, tous les items ne doivent pas nécessairement être renseignés.

Parmi les items « obligatoires » :

- l'identification du service et des professionnels et l'état civil de l'enfant sont renseignés dans 100 % des FDL ;
- les coordonnées postales et téléphoniques de la famille sont renseignées à 96,7 % ;
- l'introduction de l'équipe PMI de secteur auprès de la famille est réalisée dans 63,4 % des FDL. Le motif évoqué et la réaction de la famille sont renseignés dans 31 % des FDL ;
- le motif de la liaison est renseigné dans 86,1 % des FDL (705/819). Concernant les 114 FDL dont le motif n'a pas été renseigné, 96/114 font l'objet de commentaires libres (facultatifs) précisant la sollicitation. L'analyse des motifs de transmission (Tableau 1) révèle que le motif principal de transmission est le besoin de soutien de la mère (364/705 FDL, 51,6 %). Un problème médical de l'enfant est évoqué pour 271/705 FDL (38,4 %), le lien mère–enfant pour 204/705 FDL (28,9 %);
- l'identification du professionnel ayant rempli la fiche est satisfaisante dans 79,1 % des cas (648/819). Le nom du service « néonatalogie/maternité » n'est pas considéré comme satisfaisant.

Parmi les items facultatifs, nous avons constaté que les renseignements concernant l'identité de la mère, le mode d'accouchement, le poids de naissance, le mode d'alimentation, la date de sortie sont remplis à plus de 90 %. La profession de la mère, le terme du fœtus et les précisions concernant la fratrie sont renseignés pour 80 à 90 % des FDL. L'identité et la profession du père sont renseignés respectivement à 76,1 % (623/819) et 68,4 % (560/819). L'item « médecin traitant » est renseigné pour 51,6 % des FDL (423/819) et la durée du séjour pour 49,2 % (402/819).

L'item « âge de l'enfant » n'est jamais renseigné, les particularités de la fratrie pour 2/819 FDL.

Les commentaires libres précisant le motif de la liaison, facultatifs, sont très largement renseignés : 82,5 % des FDL (676/819) ont fait l'objet de précisions. Variés, ils ont été regroupés par mots-clés. Le quart des commentaires apporte des précisions sur l'état médical de l'enfant (24,6 %) ou sur le lien mère–enfant, bon ou moins bon, (23,5 %), 1/5 donne des détails sur la nécessité de soutien maternel (21,7 %) ou sur l'état psychologique/psychiatrique de la mère (20,7 %). Les renseignements concernant l'état de santé somatique de la mère représentent 18,5 % des commentaires. Un sur 10 commentaires précise le poids ou la prise alimentaire du nouveau-né (11,2 %) ou aborde des informations concernant le père (10,7 %).

Sur les 750 mères de l'échantillon, l'âge moyen est de 30,2 ans (700 renseignés/750). Trois des 700 (0,4 %) sont mineures et 75/700 (10,7 %) ont plus de 38 ans. La proportion de mères en activité professionnelle est de 55,9 % (331/592 renseignés) dont 200 employées.

Concernant le rang dans la fratrie, 339/712 (47,6 %) des nouveau-nés sont des premiers enfants pour la mère et 199 des seconds (27,9 %). Concernant le mode d'accouchement, une césarienne a eu lieu dans 35,5 % des cas renseignés (264/744). L'âge gestationnel moyen des nouveau-nés est de 36 SA + 6 j ($n=729$) dont 463 (63,5 %) nés à terme. Le poids de naissance (PN) moyen est de 2750 g ($n=752$), avec 319 nouveau-nés de PN ≥ 3001 g (42,4 %) et 263 de PN ≤ 2500 g (35,0 %). Concernant le mode d'alimentation en sortie de séjour, 397/741 enfants (53,6 %) sont allaités exclusivement, 85 (11,5 %) ont une alimentation mixte et 259 (35,0 %) reçoivent un allaitement artificiel. Les nouveau-nés ayant fait un séjour en néonatalogie sont allaités (exclusif et mixte) à 55,9 % (175/313) et ceux sortant de maternité à 71,5 % (306/428). Concernant l'item « durée de séjour » de la FDL ($n=403/819$), la durée moyenne est de 4,5 jours en maternité (285/431) et 23,4 jours en néonatalogie (118/388).

La partie « retour par le secteur », donnée interne aux CG42, a été analysée à partir du seul sous-groupe des résidents ligériens, *i.e.*, 726 enfants et 664 mères. Dans la Loire, le taux de remplissage est de 91,1 % (662/726 FDL). Les actions du secteur (visite à domicile, entretien téléphonique ou refus) sont renseignées dans 87,6 % (636/726). La date de rédaction de la réponse est renseignée pour 602/726 FDL (82,9 %). Le délai de réponse est inférieur à 1 mois pour 458/602 FDL (76,1 %), ce délai est compris entre 1 et 3 mois pour 119/602 FDL (19,8 %) ; au-delà de 3 mois pour 25/602 FDL (4,2 %).

L'identification du secteur (signature de la puéricultrice + tampon du service) est correcte pour 86,5 % des FDL (628/726). Nous avons analysé la récurrence des thématiques pour l'item « compte rendu du secteur ». Dans 62,3 % des cas, l'évolution est jugée bonne par le secteur. Les conseils sur la petite enfance représentent 29,2 % des actions menées par les puéricultrices de secteur et les conseils sur l'allaitement 18,7 %. L'accompagnement–guidance pour les situations justifiant une vigilance particulière représente 17,8 % des interventions de secteur. Parmi les situations relevant d'une intervention, 8,7 % se soldent par un refus parental de tout accompagnement.

Discussion

Cette étude analytique descriptive des fiches de liaison (FDL) entre un établissement de type III et les services de PMI référents nous a donné l'occasion d'évaluer l'efficacité et la pertinence d'un dispositif d'accompagnement des dyades mère–bébés dès leur séjour en maternité, tout en optimisant la coordination des différents acteurs travaillant dans le champ de la périnatalité. Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque le développement des réseaux ville–hôpital est au cœur du dernier plan périnatalité. Si à notre connaissance, une telle évaluation n'a jamais été réalisée auparavant, notre étude nécessite cependant de discuter certains points.

Le premier concerne la représentativité de la population étudiée puisque l'étude ne concerne que la seule maternité de type III du département de la Loire, représentant 3455 naissances des 9357 domiciliées dans le département (Insee 2011) soit un tiers des naissances ligériennes. Il est à noter cependant qu'historiquement le dispositif de liaison a vu le jour et a évolué sur ce site facilitant ainsi le recueil des FDL.

Le ciblage de notre échantillon a été comparé aux données départementales de l'observatoire PMI (données internes). L'âge moyen des mères est similaire à celui retrouvé pour l'ensemble du CHU (données PMSI 2010) : 30,2 ans versus 29,3 ans. La proportion des mères exerçant une activité professionnelle est inférieure aux données départementales (55,9% versus 69% en 2010). Le taux de césarienne est supérieur au taux ligérien : 35,5% versus 20,8%. Parmi les nouveau-nés, 63,5% sont nés à terme, contre 92,6% au niveau départemental. Le PN moyen est également inférieur (2750 g versus 3235 g) et 35,0% ont un PN \leq 2500 g versus 7,3% au niveau départemental et 42,4% un PN \geq 3001 g versus 71,9%. L'alimentation en sortie de maternité (53,6% allaités exclusivement, 11,5% en alimentation mixte, 35,0% en allaitement artificiel), est similaire aux données du réseau de périnatalité ELENA Loire–Nord-Ardèche de 2011 où 63% des nouveau-nés sont allaités au décours du séjour en maternité [8]. Une analyse des résultats par sous-groupe révèle que le taux d'allaitement (exclusif et mixte) est important pour les nouveau-nés sortant de maternité (71,5%) mais faible pour les nouveau-nés ayant fait un séjour en néonatalogie (55,9%). Il pourrait être intéressant de renforcer la promotion de l'allaitement maternel dans le service de néonatalogie. Pour les résidents ligériens, si le recensement des fichiers GOMAP n'est pour le moment pas exhaustif, le recoupement avec d'autres fichiers (archives de la sage-femme et de la CDPP42, logiciels INTERMED et SAS) est intéressant pour montrer un ciblage des populations à risque : 21,2% des femmes de notre étude sont suivies en anténatal par la sage-femme de secteur versus 11,4% sur la Loire, 46,7% des mères de l'échantillon ont bénéficié d'un suivi par le service social de secteur versus département, 34,0% des nouveau-nés sont suivis en PMI versus 20% des ligériens de moins de 2 ans, 8,8% sont connus de la CDPP contre 2,4% au niveau départemental.

Le deuxième élément à discuter concerne la forme déclarative des FDL qui représente à elle seule un biais potentiel de retranscription. L'exhaustivité des FDL n'a par ailleurs pas pu être assurée puisque nous avons recensé 388 FDL en provenance du service de néonatalogie, alors que 450 entrées ont été enregistrées sur l'année 2011 (données

PMSI), montrant les limites d'un recueil systématique par les services et les défauts d'archivage par la puéricultrice de liaison. Il faut cependant noter que notre FDL n'est qu'un outil non contraint, à renseigner par le soignant pour tout nouveau-nés hospitalisé lorsque des critères d'appel sont présents (poids de naissance < 2500 g, mère < 20 ans, famille monoparentale, naissances multiples, anomalie congénitale, troubles de l'attachement). Dans notre étude, nous n'avons pu cependant vérifier que les FDL manquantes correspondaient à des nouveau-nés n'ayant pas de critères précités et ne justifiant pas d'aide ou de soutien à la sortie du service.

Notre analyse montre en revanche une bonne acceptation des FDL par les professionnels et un circuit déjà bien rodé bien que perfectible : les cadres de santé des unités sont les référents hospitaliers, le rythme des rencontres PMI–hôpital bihebdomadaire est soutenu, les FDL peuvent être renseignées en binôme (soignant, puéricultrice de liaison), le retour du secteur est rapide dans le mois suivant le retour à domicile pour 76,1% des liaisons, la confidentialité est respectée. À noter que l'utilisation de la procédure d'urgence via l'outil « mail alerte » n'a pu être évaluée techniquement.

En retenant arbitrairement un taux de remplissage supérieur à 95% comme très satisfaisant et entre 90 et 95% comme satisfaisant, on observe une qualité de remplissage variable selon les items : le motif de la liaison, documenté dans 86,1% ($n = 705$) est encore perfectible même si 96 des 114 FDL non renseignées présentent quand même certains commentaires libres précisant le mobile de sollicitation. Globalement, les commentaires libres précisant le motif de la liaison sont facultatifs, mais très largement renseignés (82,5%).

Dans ce contexte, il nous apparaît important d'améliorer la FDL maternité–PMI afin de limiter les répétitions d'items. Les éléments qui concernent l'introduction de l'équipe PMI auprès de la famille sont mal renseignés (63,4%) : ainsi, 1/3 des familles contactées par le secteur suite à une sollicitation de l'hôpital n'ont pas eu d'information au CHU quant à la transmission de données les concernant vers le secteur de PMI. Ce défaut d'information est source de difficultés sur le terrain : refus de l'accompagnement proposé par la puéricultrice de secteur, suspicion concernant l'information détenue par le secteur, ignorance de l'offre de soins de la PMI. Pour répondre à ces problématiques, nous proposons une nouvelle version « optimisée » de la fiche de liaison (Annexe 1). Elle s'inspire également de l'expérience d'autres départements et propose des items plus détaillés, réduisant la place des commentaires libres. Le circuit actuel des liaisons basé sur l'outil manuscrit génère des délais dans le transfert d'information que nous devons réduire afin de favoriser la continuité de prise en charge des familles. L'outil informatique doit être privilégié dès le séjour en maternité ou en néonatalogie par les professionnels avec transmission des données via une connexion sécurisée au conseil général implémentant une base épidémiologique. Un tel schéma « idéal » de transfert d'informations nominatives et confidentielles entre 2 institutions n'est pas réalisable actuellement mais nous proposons une solution intermédiaire utilisant le logiciel « INTERMED » du CG42 qui pourrait être implémentée à la source par la puéricultrice de liaison.

Le retour d'information au service sollicitant devrait être complété par un compte rendu généré automatiquement de tous les actes menés par le secteur (actes de puériculture, actes médicaux, actes vaccinaux, accompagnements) dans les 3 mois suivant le retour de l'enfant à son domicile. Enfin, notre proposition de FDL maternité–secteur PMI optimisée participe au développement du travail en réseau ville–hôpital, mis en avant par le plan périnatalité et par les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et les réseaux de périnatalité [6,9]. Sur un plan éthique, il faut cependant rappeler que la FDL se veut un outil de prévention, d'aide et de soutien, non opposable, renseigné à un moment particulier de la vie de l'enfant qui correspond au retour à domicile, et que le croisement des données avec celles des services sociaux et/ou de la cellule départementale de protection des personnes ne doit pas devenir un dispositif de stigmatisation des familles.

Conclusion

Le protocole de liaison PMI–CHU de Saint-Étienne (services de maternité et de néonatalogie) est pertinent mais perfectible. Des améliorations de forme de la fiche de liaison et du logiciel INTERMED (en cours de développement) sont proposées afin d'optimiser son fonctionnement. Pour faciliter la circulation des données entre les institutions, raccourcir le délai d'intervention par le secteur et permettre un retour d'information coordonné, optimisé et individualisé, l'outil manuscrit encore inéluctable nécessitera une informatisation complète.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur

<http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.jpp.2013.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jpp.2013.12.001).

Références

- [1] Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008;371:1284–93.
- [2] Langer B, Caneva MP, Schlaeder G. Routine prenatal care in Europe: the comparative experience of nine departments of gynecology and obstetrics in eight different countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;85: 191–8.
- [3] Zeitlin J, Papiernik E, DiRenzo GC, groupe EUROPET. Les variations intra-européennes d'organisation des soins obstétricaux et néonataux. *Sante Soc Solidarite* 2004;1: 14556.
- [4] Alran S, Sibony O, Oury JF, Luton D, Blot P. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:4–13.
- [5] Örténstrand A, Westrup B, Berggren Brostrom E, Sarman I, Akersstrom S, Brune T, et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics* 2010;125:278–85.
- [6] Sizun J, Casper C, Ratynski N, Gremmo-Feger G. L'avenir de la périnatalité en France : le modèle suédois est-il possible? *Arch Pediatr* 2010;17:1391–3.
- [7] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Taux de mortalité infantile en France métropolitaine par année. <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries.action;jsessionid=9524043331403BFDE13D40F53BBFD902?recherche=idbank&idbank=000067681&codeGroupe=62> [vérifié le 02/07/2013].
- [8] Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Paturol H. Initiation of breastfeeding and early weaning: a prospective study of the health perinatal network "Loire–Nord-Ardèche". *Gynecol Obstet Fertil* 2013;41(Suppl. 6): 351–5.
- [9] Gouyon-Cornet B, Quantin C, Sagot P, Gouyon JB. Mise en place et évaluation des réseaux de soins périnataux: expériences françaises et étrangères. *Sante Soc Solidarite* 2004;1: 129–36.