HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins

FICHE PÉDAGOGIQUE

L'évaluation de la prise en charge parents-enfant en périnatalité

Selon le référentiel

Juin 2026

Chaque année, plus de 650 000 naissances sont enregistrées en France, avec une prise en charge médicale dès le 3ème mois de grossesse et un minimum de 7 consultations prénatales obligatoires. En 2022, près de 160 000 tentatives d'assistance médicale à la procréation (AMP) ont été recensées et 27 000 des enfants nés sont issus d'une AMP. La grossesse est une période clé, durant laquelle un suivi médical régulier permet d'anticiper d'éventuelles complications et d'accompagner au mieux les futurs parents. L'accompagnement des futurs parents débute dès lors qu'ils expriment leur projet de parentalité1.

En 2024, le taux de mortalité infantile s'établit à 4,1 pour 1 000 naissances vivantes[2], ce qui place la France au-dessus de la moyenne européenne. L'accouchement reste une étape cruciale, où la surveillance médicale joue un rôle déterminant pour assurer la sécurité de la mère et du nouveau-né. La mortalité infantile est particulièrement marquée lors de la première semaine de vie[3]. La période néonatale précoce constitue un moment de vulnérabilité majeure (prématurité, anomalies congénitales...), nécessitant une surveillance renforcée et une prise en charge particulièrement sécurisée dès la naissance.

1. Ministère de la Santé et de la Prévention.
2. INSEE, 2025.
3. Institut national d'études démographiques.

En déclinaison des fiches « Évaluation des droits du patient », « Évaluation du parcours intrahospitalier », cette fiche présente certaines des particularités concernant les secteurs de maternité auxquelles les experts visiteurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations. Certains éléments doivent nourrir les débats sur le territoire, la gestion des risques…

Définition

La parentalité

La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant (ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2012).

Le projet de parentalité correspond au projet de devenir parent. Il correspond à l'expression du projet auprès des professionnels de santé avant même le début de la grossesse. À la différence du projet de naissance, qui est formalisé au décours de la grossesse.

Le projet de naissance

Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés. Il s'agit d'un outil de communication. Ce document est idéalement élaboré bien en amont du terme, dans un dialogue continu avec les professionnels qui accompagnent la grossesse et l'accouchement. Ce processus de préparation doit permettre à la femme (ou au couple) d'identifier ce qu'elle souhaite partager avec l'équipe qui la recevra, quant à ses forces, ses vulnérabilités et ses besoins. Ce projet de naissance permet également à l'équipe qui accueillera la femme d'avoir une vision globale de ce qui est important pour le couple. Ces informations permettront aux professionnels d'aller à l'essentiel pour établir rapidement un contact personnalisé (CNGOF et al., 2023).

Assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation, antérieurement procréation médicalement assistée, s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (Code de la santé publique). Elle fait appel à différentes techniques :

- l'insémination artificielle ;
- la fécondation *in vitro* ;
- l'accueil d'embryon.

Les types de maternité (articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique)

- Type 1 : maternité possédant un service d'obstétrique.
- Type 2 : Les maternités sont subdivisées en :
  - maternité de type 2 A : avec une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie ;
  - maternité de type 2 B : avec une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de soins intensifs néonatals
- Type 3 : maternité avec une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie, une unité de soins intensifs et une unité de réanimation néonatale. La réanimation et les soins intensifs en type 3 correspondent aux soins critiques néonatals.

Centre périnatal de proximité (INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/140 du 20 septembre 2023)

Les établissements qui ne sont pas autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité. Celui-ci bénéficie, par convention, du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité assure les consultations prénatales et postnatales, les entretiens prénatals précoce et postnatal précoce, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et les consultations de planification familiale.

Le CPP s'inscrit dans le cadre d'une organisation territoriale coordonnée avec le reste des acteurs en périnatalité du territoire, permettant d'assurer l'accès des femmes, des couples et des nouveau-nés à un parcours gradué et intégrant le panel des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Le CPP conclut ainsi avec la ou les maternités partenaires, desservant son territoire, une convention de partenariat, qui prévoit notamment :

- la répartition des rôles des partenaires en termes de suivi des grossesses, selon les profils des patientes ;
- les critères d'orientation des femmes enceintes vers la maternité partenaire, y compris en urgence ;
- les conditions de mise à disposition, par la maternité partenaire, de personnels (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, infirmiers puériculteurs, etc.) intervenant à l'appui de l'activité programmée du CPP ;
- pour les CPP organisant une permanence de soins sage-femme en H24 afin de répondre aux appels (hors urgence) des patientes et de contribuer à leur orientation en lien étroit avec le SAMU-SMUR : les conditions de contribution de la maternité partenaire au tour d'astreinte sage-femme ;
- les conditions de la participation des personnels du CPP à l'activité de la maternité partenaire, dans l'objectif notamment d'entretenir leur expérience en matière de gestion des accouchements et de prise en charge des nouveau-nés ;
- les conditions d'organisation de la formation des personnels du CPP, autant que nécessaire, de façon conjointe avec celle des personnels de la maternité partenaire ;
- les conditions d'organisation et la périodicité des réunions de concertation entre le CPP et la maternité partenaire. Autant que possible, le CPP doit pouvoir accéder et présenter des situations aux staffs médico-psycho-sociaux de sa maternité partenaire.

Le CPP établit par ailleurs, via des conventions, les conditions d'un travail coordonné avec les services de la protection maternelle et infantile (PMI), les services de médecine d'urgence de proximité, les services de santé mentale, infanto-juvénile et générale, d'addictologie, les structures médico-sociales du territoire (CAMSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les permanences d'accès aux soins mobiles (PASS), les centres de santé sexuelle, le dispositif spécifique régional en périnatalité (ex-réseau de périnatalité), etc.

Entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce permet à la femme, dès sa déclaration de grossesse, de rencontrer seule ou en couple une sage-femme ou un médecin, que ce soit en libéral, dans un centre de PMI ou à la maternité. Cet entretien est obligatoire. Il a pour objectif de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ou avec le couple les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il s'agit d'un outil de prévention primaire, pour repérer d'éventuelles difficultés, qu'elles soient somatiques, psychiques, émotionnelles et/ou sociales, et orienter la femme ou le couple vers les professionnels compétents. Aucun examen physique n'est réalisé. En effet, il ne s'agit pas d'une consultation médicale (ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et article L. 2122-1 du Code de la santé publique).

Entretien postnatal précoce

Pour mieux accompagner les jeunes mères dans les semaines qui suivent la naissance, un entretien postnatal précoce leur est proposé systématiquement depuis 2022. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4e et 8e semaine après l'accouchement. L'objectif de cet entretien est :

- de repérer les premiers signes de la dépression du post-partum (état dépressif ou anxieux, fatigue, humeur instable…) ;
- d'identifier d'éventuels facteurs de risques qui exposent les parents à cette dépression (isolement, évènement stressant…) ;
- de prévenir et dépister les situations de vulnérabilités ;
- d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du couple en termes d'accompagnement.

Le professionnel de santé peut proposer un 2e entretien entre la 10e et la 14e semaine qui suivent l'accouchement, afin de continuer l'accompagnement s'il le juge nécessaire ou à la demande du ou des parents.

Sortie précoce de la maternité

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ;
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonatals qui ont fait la preuve de leur efficacité;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation :

- de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse ;
- de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Les unités de néonatologie

- Les **unités de réanimation** assurent la prise en charge des nouveau-nés qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, pouvant impliquer le recours à un ou plusieurs traitements de support vital, du fait de leur prématurité, de malformations ou de pathologies sévères.
- Les **unités de soins intensifs** assurent la prise en charge des nouveau-nés dont l'état clinique n'est pas stabilisé, à la naissance ou en sortie de réanimation, ou qui nécessitent une ou plusieurs méthodes de suppléance comme de la nutrition parentérale sur cathéter central ou une ventilation non invasive.
- Les **unités de néonatologie** assurent les soins spécialisés aux nouveau-nés nécessitant une surveillance ou des traitements dépassant les soins courants de maternité : maintien en couveuse, nutrition entérale, perfusion périphérique ou antibiothérapie.
- **L'unité kangourou** (ou unité mère-enfant) est une forme de prise en charge en néonatologie visant à maintenir la proximité mère-enfant grâce à l'hospitalisation conjointe du nouveau-né et de sa mère. Elle favorise le lien parent-enfant, l'allaitement et le développement du prématuré ou du nouveau-né fragile dans un environnement médicalisé adapté.

En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur (1.1-05).
- Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (1.1-09).
- Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour (1.2-01).
- Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge (1.2-04).
- La prise en charge du patient intègre une démarche de prévention visant à réduire les facteurs de risques qui lui sont propres et à améliorer son état de santé à court et long terme (1.3-10).
- Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation (2.1-01).
- Les équipes de maternité accompagnent les parents dans leur parcours de parentalité (2.1-08).
- Les équipes se coordonnent en amont de la sortie pour assurer la continuité du parcours de soins (2.1-14).
- Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge (2.2-01).
- Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs (2.3-10).
- Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né (2.3-11).
- Les équipes des unités de néonatologie (unité de réanimation néonatale, unité de soins intensifs néonataux, unité de néonatologie et unité kangourou) assurent une prise en charge coordonnée, sécurisée et centrée sur le nouveau-né et sa famille (2.3-17).
- La continuité des soins est assurée pour toutes les unités de soins (3.2-01).
- L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté (3.3-02).

Les points clés de l'évaluation

Vous vous assurerez auprès de la gouvernance et des professionnels :

- si l'établissement est centre de compétence ou de référence des pathologies gynécologiques (par exemple : placenta accreta, insuffisance ovarienne…), qu'il est identifiable facilement (site internet et rapport d'activité) ;
- si l'établissement n'est pas un centre de compétence ou de référence, qu'il identifie des partenariats sur le territoire et que les professionnels connaissent les partenaires du territoire afin d'accompagner les futurs parents.

Dans les centres périnataux de proximité (CPP), **vous évaluerez** :

- la coopération entre l'établissement de santé et le centre périnatal de proximité, particulièrement l'existence d'une convention (approuvée par l'ARS) avec un établissement autorisé en obstétrique ;
- la mise à disposition par l'établissement autorisé en obstétrique du CPP de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ;
- la définition, pour chaque future maman, des critères d'orientation vers la maternité partenaire ;
- l'information transmise à la future maman (lieu d'accouchement, organisation de l'accouchement, modalités de contact…) ;
- le suivi des indicateurs de cette filière de prise en charge par l'établissement.

Pour les patientes remarquables, c'est-à-dire les femmes enceintes dont la situation médicale ou la situation fonctionnelle (situation géographique...) comporte des spécificités à prendre en compte lors d'une prise en charge médicale en urgence, l'équipe soignante identifie et signale aux équipes SAMU, y compris si l'établissement ne dispose pas d'un SAMU en son sein.

1. Se coordonner avec les partenaires du territoire

Orienter les futurs parents vers les centres de compétence ou de référence du territoire

Se coordonner avec les équipes du SAMU pour l'identification des « patientes remarquables »

Pour les couples hétérosexuels (conception naturelle difficile ou à risque), pour les couples de femmes ou pour une femme célibataire qui désirent avoir un enfant, le projet est formalisé pendant une consultation préconceptionnelle. À cette occasion, les professionnels de santé proposent un accompagnement, si nécessaire, vers des structures compétentes : AMP, consultations spécialisées…

Durant la grossesse, **vous vous assurerez** que les futurs parents :

- peuvent élaborer, avec l'équipe soignante, un projet de naissance qui décrit, dans la mesure où celui-ci n'est pas contraint par une situation clinique à risque pour la future mère ou pour l'enfant : les souhaits et attentes quant au mode d'accouchement, à l'accueil du bébé, au séjour en maternité en suites de couches ;
- peuvent participer à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- bénéficient d'informations et de messages de prévention et, si besoin, se voient proposer des interventions adaptées (consultation…) pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter d'éventuelles complications obstétricales ;
- sont informés :
  - de la nécessité de déclarer la grossesse – à la suite de quoi, ils sont rencontrés lors d'un entretien prénatal précoce qui est une consultation obligatoire,
  - des consultations programmées (entretien prénatal précoce obligatoire, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, rendez-vous de suivi échographique…),
  - des objectifs du carnet de santé maternité et de la nécessité de le présenter à chaque consultation,
  - sur leur séjour (localisation du bloc obstétrical, éléments administratifs, possibilité pour un accompagnant d'être présent pendant le séjour en suites de couches…).

Par ailleurs, dès le début de la grossesse et durant celle-ci, **vous vous assurerez** que l'équipe :

- évalue le risque obstétrical pour identifier les femmes à risque de complications pré-partum, per-partum ou post-partum ;
- repère et partage les situations de vulnérabilité qui pourraient provoquer un surrisque de morbi-mortalité fœto-maternelle (circonstance d'ordre médical, psychologique, social, qui place la future mère dans l'impossibilité de répondre de façon adéquate aux situations menaçant sa santé : violences, addictions, antécédents dépressifs ou encore précarité) ;
- si besoin, oriente les parents vers des ressources adaptées : consultations supplémentaires, groupes de soutien, services de pédiatrie, travailleur social.

2. Assurer le suivi des patients lors de la phase préconceptionnelle et prénatale

Orienter vers l'AMP, si nécessaire

Patiente actrice de sa prise en charge

www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/zero-alcool-pendant-la-grossesse-un-message-pour-tous

www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-mere-apres-accouchement

Evaluer le risque obstétrical et les vulnérabilités

Le haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes défini les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical comme des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical. Ils sont le fait de soignants — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitants.

La bientraitance en périnatalité implique une vigilance constante des équipes afin de prévenir, repérer et traiter les violences obstétricales, y compris lorsqu'elles ne sont pas intentionnelles. **Vous vous assurerez que** :

- les pratiques professionnelles sont perçues comme respectueuses par la patiente, fondées sur l'écoute, l'absence de propos infantilisants ou culpabilisants, et la prise en compte de ses plaintes (considérer une douleur exprimée et expliquer les options possibles, expliquer les gestes réalisés et leur finalité, respecter l'intimité et la pudeur...) ;
- l'information est claire et personnalisée, incluant la présentation systématique des professionnels et de leur rôle, afin d'éviter tout rapport asymétrique ou insécurisant (expliquer le déroulement d'un acte avant sa réalisation, annoncer son identité et la raison d'un geste avant un examen, adapter le vocabulaire utilisé au niveau de compréhension de la patiente...) ;
- une attention particulière est portée, par les professionnels, aux situations pouvant constituer des violences obstétricales, telles que des gestes réalisés sans consentement éclairé, des examens répétés non expliqués, des paroles humiliantes ou des décisions prises sans associer la patiente ;
- les professionnels connaissent les signes d'alerte de maltraitance interne (violence sexuelle, physique, abus de faiblesse), les circuits de signalement et à déclencher une prise en charge adaptée, dans une démarche de protection de la patiente.

3. Bientraitance en périnalité : prévenir, repérer et traiter les violences obstétricales

Repérer et traiter les violences obstétricales

Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018 – Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

Vous vous assurerez que les moyens humains nécessaires à la réalisation des accouchements sont effectifs. Ils sont définis par la règlementation et dépendent du nombre de naissances par an.

Le suivi pouvant être réalisé dans un centre périnatal de proximité ou en extrahospitalier, **vous vous assurerez** que les professionnels disposent de tous les éléments du dossier de la patiente et de son projet de naissance, y compris pour un transfert en urgence (carnet de santé maternité).

Vous vous assurerez que l'équipe connaît les souhaits et attentes de la patiente pour son accouchement et les respecte si la situation le permet.

Pour soulager la douleur à toutes les étapes du travail, **vous vous assurerez** que des alternatives non médicamenteuses sont proposées (bains, changement de position, ballons, acupuncture, massage, réflexothérapie…), selon l'état de la patiente et ses volontés.

Concernant les risques obstétricaux, **vous vous assurerez** que les équipes :

- maîtrisent l'interprétation du rythme cardiaque fœtal et les manœuvres obstétricales ;
- savent détecter rapidement les complications potentielles et ainsi mettre en œuvre les manœuvres obstétricales adaptées ;
- développent des démarches d'amélioration du travail en équipe (ex. : simulations d'urgence) pour améliorer la communication entre les différents intervenants et ainsi améliorer l'efficacité des interventions pour prévenir ou limiter les conséquences des complications obstétricales majeures ;
- connaissent le protocole et disposent d'un matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum (HPP) conforme ;
- connaissent l'organisation en place en cas de césarienne code rouge (extrême urgence en raison d'une menace vitale immédiate pour la mère ou le fœtus) :
  - modalités d'appel aux gynécologue, médecin anesthésiste, pédiatre,
  - accessibilité rapide à un bloc opératoire,
  - disponibilité du matériel d'urgence,
  - suivi d'indicateur attestant d'une extraction fœtale dans un délai inférieur à 15 min.

Les spécificités de la prise en charge en cas de césarienne sont intégrées dans la fiche pédagogique « L'évaluation de la chirurgie et des secteurs interventionnels ».

4. Prendre en charge la future maman en secteur de naissance

Un secteur normé (art. D. 712-75 du décret n° 98-900 du 9 octobre 1998)

Partager des informations pour prise la en charge de la patiente

Maîtriser les risques obstétricaux

Dans une perspective de prévention et de réduction des morbidités et de la mortalité infantiles, **vous vous assurerez** que les professionnels :

- retardent le clampage du cordon ombilical d'au moins 1 à 3 minutes après la naissance pour transférer un maximum de sang entre le placenta et le bébé. Le cas échéant, un argumentaire précisant les motifs de non-réalisation est tracé dans le dossier d'accouchement ;
- proposent le « peau à peau », lorsque que cela est possible, qui apporte des bienfaits au nouveau-né (lien parent/enfant, régulation thermique et du rythme cardiaque, meilleure oxygénation, facilite le démarrage de l'allaitement, développement de l'enfant). Le cas échéant, un argumentaire précisant les motifs de non-réalisation est tracé dans le dossier;
- proposent une tétée d'accueil à la maman et accompagnent cette première mise au sein ;
- connaissent les bonnes pratiques de prise en charge du nouveau-né : évaluation des fonctions (surveillance de la température…), a fortiori vitales (notamment via le score d'Apgar), réanimation néonatale, surveillance du risque d'infection néonatale bactérienne précoce... ;
- connaissent les bonnes pratiques d'identification immédiate du nourrisson.

En secteur de naissance, la surveillance continue et les soins essentiels (maintien de la température corporelle, gestion de l'alimentation) permettent de prévenir et détecter rapidement toute anomalie ou complication nécessitant une prise en charge spécialisée. **Vous interrogerez** les équipes sur les actions mises en place pour promouvoir l'allaitement : formations spécifiques, professionnels formés, temps dédié…

Avant sa sortie du secteur de naissance, pour prévenir les pertes de chaleur, **vous vous assurerez** que les professionnels recueillent, et tracent, la température corporelle du nouveau-né.

Face à la mort d'un nouveau-né, **vous vous assurerez** que les professionnels :

- sont formés au deuil périnatal (accompagnement psychologique et pratique) ;
- connaissent les modes d'accompagnement au deuil périnatal (proposition de réalisation d'empreinte, photographies…) ;
- disposent de dispositifs de soutien psychologique pour eux-mêmes.

5. Prendre en charge le nouveau-né en secteur de naissance

Dès les premières minutes de vie ...

Accompagner le deuil périnatal

6. Prendre en charge le nouveau-né en unités de néonatologie

Les unités de néonatologie (unité de réanimation néonatale, unité de soins intensifs néonatals, unité de néonatologie et unité kangourou) organisent une prise en charge continue et sécurisée, adaptée à la gravité clinique, intégrant stabilisation physiologique et soins de développement du nouveau-né prématuré ou présentant des complications périnatales ou des malformations.

Intégrer les soins de développement

Les soins de développement sont une approche de soins individualisés, visant le développement optimal des nouveau-nés, notamment prématurés. Ils sont basés sur l'observation du comportement des bébés, des interventions spécifiques pour adapter l'environnement (positionnement en flexion, enveloppement, réduction des nuisances sonores et lumineuses) et l'organisation des soins (regroupement des soins, respect du rythme sommeil/veille). Ils prennent en compte les parents comme partenaires de soin et encouragent le lien parents-enfant, par le contact en peau-à-peau fréquent et précoce et favorisent l'absence de séparation autant que cela est possible. La théorie de l'attachement est promue dans la Charte du nouveau-né hospitalisé.

Favoriser la participation des parents

Vous questionnerez donc les professionnels sur :

- l'adaptation des soins au niveau de fragilité et selon l'état clinique du nouveau-né (organisation des soins, regroupement des soins, rythme sommeil veille, dégradation de l'état de santé de l'enfant...) ;
- l'adaptation de l'environnement (positionnement, réduction du bruit et de la lumière...) ;
- la participation des parents aux soins de leur enfant (organisation du peau à peau, accompagnement des parents dans les soins) ;
- le suivi des formations spécifiques à la prise en charge des nouveau-nés dans ces secteurs.

Dès l'arrivée en secteur de suites de couches, **vous vous assurerez** que les professionnels :

- relèvent la température du nouveau-né et la tracent dans le dossier ;
- disposent du projet de naissance qui peut comporter des éléments concernant la prise en charge dans le secteur des suites de couches ;
- connaissent les modalités de présence d'un accompagnant auprès de la maman si la situation le permet.

Le cas échéant, **vous questionnerez** les professionnels sur la coordination entre les équipes des différents secteurs (néonatologie, réanimation néonatale, soins intensifs de néonatologie) et sur l'accompagnement psychologique proposé (par exemple, si une situation de handicap est identifiée).

Si l'état de santé du nouveau-né nécessite un transfert vers un autre établissement, vous vous assurerez auprès des professionnels que des mesures de rapprochement de la maman avec son bébé ont été recherchées et tracées dans le dossier.

7. Assurer le suivi en suites de couches pour la mère et le nouveau-né

Proposer la peau à peau

Promouvoir l'allaitement

www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel

L'organisation de la sortie de la maternité doit être anticipée avant même la naissance. Une sortie précoce peut être envisagée selon la situation de la maman (absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat, absence de situation de vulnérabilité, absence de pathologie chronique mal équilibrée…) et du bébé (nouveau-né à terme ▫ 38 SA, singleton et eutrophe, alimentation établie, Apgar ▫ 7 à 5 minutes…).

Vous vous assurerez auprès des professionnels que l'organisation des soins est prévue en amont de la sortie et que la patiente connaît :

- les actes effectués et les suites de l'accouchement : les consignes en cas d'épisiotomie, les indications pour détecter une éventuelle complication… ;
- les prochains rendez-vous de suivi, le ou les praticiens à consulter, les éventuels examens complémentaires à réaliser… ;
- les modalités d'appel direct vers les équipes de gynécologie et de pédiatrie en cas de complication, en vue d'une orientation adaptée.

Vous vous assurerez que l'établissement remet aux parents le carnet de santé du nouveau-né et que celui-ci est complété, ainsi que la lettre de liaison pour la suite de la prise en charge de la maman.

Entre la 4e et 8e semaine après l'accouchement, un entretien postnatal précoce est proposé. Le professionnel de santé peut proposer un 2e entretien entre la 10e et la 14e semaine qui suivent l'accouchement, afin de continuer l'accompagnement s'il le juge nécessaire ou à la demande du ou des parents.

Pour le nouveau-né hospitalisé en service de néonatologie, la continuité des soins après l'hospitalisation repose sur :

- une préparation anticipée de la sortie ;
- la coordination avec les professionnels du territoire (PMI, pédiatre de ville, sage-femme, puéricultrice, HAD, CAMSP, réseaux régionaux de santé périnatale) ;
- la transmission des informations utiles (lettre de liaison et information des parents sur les modalités de suivi et les signes d'alerte...).

  Elle inclut la programmation du suivi médical et du développement, afin d'éviter toute rupture de prise en charge après le retour à domicile.

8. Organiser la sortie et assurer le suivi durant les prmiers mois

Préparer la sortie

Tableau 3. Définition du bas risque maternel pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une césarienne)

	Critères
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addictions et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Absence d'hémorragie sévère du *post-partum* immédiat***
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
7	Absence de signes thrombo-emboliques
8	Douleur contrôlée
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes
10	Accord de la mère et/ou du couple

*Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.) ; **mineure, précarité, logement non adéquat, etc.
***pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, réalisé de procédures chirurgicales.
NB : les différences avec les critères définissant le bas risque maternel pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/ entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

Tableau 4. Définition du bas risque pédiatrique pour un retour précoce à domicile (au cours des 72 premières heures après une naissance par voie basse ou au cours des 96 premières heures après une naissance par césarienne)

	Critères
1	Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
2	Apgar ≥ 7 à 5 minutes
3	Examen clinique normal* le jour de sortie
4	Température axillaire entre 36 et 37°C ou centrale entre 36,5 et 37,5°C
5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi
6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère**)
8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
9	Vitamine K1 donnée
10	Dépistages néonatals organisés par la maternité et leur traçabilité assurée
11	Suivi *post-partum* après la sortie organisé : 1re visite prévue dans les 24 heures après la sortie

*dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos ; **groupe défini selon les courbes de références utilisées.
NB : les différences avec les critères définissant le bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une sortie entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse/entre 96 et 120 heures en cas de césarienne sont surlignées.

9. Evaluer et améliorer ses pratiques

Vous vous assurerez que les équipes des secteurs de naissance, de suites de couches et des unités de néonatologie :

- suivent des indicateurs de pratiques spécifiques (par exemple : taux de césarienne programmée, taux de césarienne en cours de travail, taux d'épisiotomie, taux d'Apgar < 7 à 1 et 5 mn, taux de clampage retardé du cordon, taux de corticothérapie anténatale des naissances prématurées, suivi des températures du nouveau-né, taux de peau à peau, durée d'hospitalisation, suivi de l'allaitement, extubations accidentelles…) ;
- réalisent des revues de morbi-mortalité, notamment sur l'analyse :
  - des évènements indésirables graves déclarés,
  - des décès inattendus dont la mortalité périnatale à terme dont la mort fœtale in utero,
  - des encéphalopathies anoxo-ischémiques,
  - des situations d'outborn (c'est-à-dire de naissance d'un nouveau-né dans une maternité non adaptée à sa situation clinique),
  - ...
- analysent leurs résultats ;
- définissent des mesures d'amélioration le cas échéant.

Aide au questionnement

Les questions suivantes sont des exemples indicatifs non exhaustifs. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d’évaluation.

Avec les professionnels

- Quelle orientation proposez-vous aux futurs parents dans le cadre de leur projet de parentalité en fonction des situations? (2.1-08)
- Comment dépistez-vous les situations de vulnérabilité auprès des futurs parents ? Quels outils utilisez-vous ? (2.1-08)
- Comment partagez-vous en équipe ces situations de vulnérabilité ? (2.1-08)
- Quelle organisation mettez-vous en place concernant les entretiens obligatoires ? (2.1-08)
- Comment échangez-vous les informations avec le secteur des consultations ? Comment échangez-vous les informations avec le centre périnatal de proximité ? Récupérez-vous le carnet de maternité ? (2.3-10)
- Qu’est-ce que l’interprétation du rythme cardiaque fœtal ? Avez-vous été formé ? Avez-vous été formé plus précisément sur les rythmes cardio-fœtaux «complexes» ou «douteux» ? (2.3-10)
- Quelles peuvent être les manœuvres obstétricales ? Avez-vous été formé ? (2.3-10)
- Pouvez-vous me montrer le matériel d’urgence vitale en cas d’hémorragie du post-partum ? Quand est-il vérifié ? (2.3-10)
- Quelle est la procédure d’urgence vitale en cas d’hémorragie du post-partum ? (2.3-10)
- Avez-vous été formé à la prise en charge des urgences maternelles (hémorragie du post-partum…) ? (2.3-10)
- Quand avez-vous été formé à la prise en charge du nouveau-né en secteur de naissance ? (2.3-11)
- Quand avez-vous été formé à la prise en charge des urgences et réanimation du nouveau-né ? (2.3-11)
- Pouvez-vous me montrer le matériel d’urgences vitale pour le nouveau-né ? (2.2-12)
- Quelles sont vos procédures de prise en charge du nouveau-né ? (2.3-11)
- Comment réalisez-vous la surveillance du peau à peau ? Quand avez-vous été formé ? informez-vous les parents des risques du peau à peau, des contre-indications ? (2.3-11)
- Quand relevez-vous la température du nouveau-né ? (2.3-11)
- Comment est organisée la démarche qualité concernant la thématique de l’allaitement ? (2.3-11)
- Pouvez-vous citer des actions d’amélioration mises en place à la suite de l’évaluation de la qualité des prises en charge en secteur de naissance ? En suites de couches ? en unités de néonatologie ? (2.3-11)
- Pour les nouveau-nés en unités de néonatologie, comment organisez-vous les soins ? Comment les personnalisez-vous ? Comment accompagnez-vous les parents ? (2.3-17)
- Quelles sont les informations transmises aux patientes en amont de la sortie ? (1.2-04)
- Comment organisez-vous la sortie des patientes ? Comment organisez-vous les sorties précoces ? (2.1-14)
- Avez-vous organisé ou vous êtes-vous assuré que la patiente a eu un entretien prénatal précoce (ville ou ES) ?
- Remettez-vous le carnet de santé aux parents ? Quelles informations contient-il ? (2.1-14)
- Comment préparez-vous la sortie du nouveau-né hospitalisé en unité de néonatologie ? Comment vous organisez-vous pour le suivi du nouveau-né ? (2.3-17)
- Êtes-vous formé au deuil périnatal ? (1.1-09)
- Quel accompagnement est proposé aux parents et éventuellement à la fratrie lors d’un deuil périnatal ? (1.1-09)
- Comment prenez-vous en charge le corps d’un nouveau-né décédé ? (1.1-09)

Avec les patients

- Quelles informations vous ont été transmises au décours de votre grossesse ? Avez-vous eu des informations concernant la déclaration de grossesse ? (1.2-01)
- Avez-vous élaboré un projet de naissance ? Si non, vous l’a-t-on proposé ? (2.1-08)
- Vous a-t-on proposé des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ? (2.1-08)

Pour aller plus loin

Références HAS

- Flash Sécurité Patient - « Peau à peau et allaitement du nouveau-né à la maternité. La douceur n'exclut pas la vigilance », 2026.
- Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) survenus chez les nouveau-nés, 2025.
- Prise en charge de la douleur de l'accouchement : analgésie périmédullaire et alternatives médicamenteuses, 2025.
- Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal, 2024.
- Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer, 2009.
- Préparation à la naissance et à la parentalité, 2005.
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2016.
- Sortie de maternité, préparez votre retour à la maison, 2014.
- Hémorragies du post-partum immédiat, 2004.
- Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel, 2005.
- Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, 2009.
- Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017.
- Accueil du nouveau-né en salle de naissance, 2017.
- Allaitement maternel, 2002.

Références légales et réglementaires

- Articles L. 2141-1 à L. 2143-9 du Code de la santé publique relatifs à l'assistance médicale à la procréation.
- Circulaire interministérielle DGCS/SD2C/DPJJ/SAD-JAV/DGESCO/SG-CIV/DAIC n° 2012-63 du 7 février 2012 relative à la coordination des dispositifs de soutien à la parentalité sur le plan départemental.
- Articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du Code de la santé publique relatifs aux examens médicaux obligatoires.
- Instruction n° DGOS/R3/2023/140 du 20 septembre 2023 relative à la diffusion du cahier des charges des centres périnataux de proximité.
- Arrêté du 19 décembre 2025 relatif au modèle du carnet de grossesse appelé « carnet de maternité »
- INSTRUCTION N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122 du 3 août 2023 relative à l'actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

Autres références

- Suivi mensuel de la grossesse à partir du 4e mois CPAM, 2024.
- 1 000 premiers jours – Santé publique France.
- Directive qualité portant sur le contenu attendu d'un projet de naissance – CNGOF, CNSF, SFMP (…), 2023.
- Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique - Collège National des Sage-femmes de France, 2022.
- Premiers soins essentiels au nouveau-né – OMS, 2017.
- European Resuscitation Council guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth, 2021.
- American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, 2020.
- Clampage tardif du cordon ombilical pour réduire l'anémie infantile – OMS, 2013.
- Clampage tardif du cordon – La société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2017.
- La protection thermique du nouveau-né : guide pratique – OMS, 1997.
- Sortie précoce après accouchement, suivi de la mère et du nouveau-né par la sage-femme – CPAM, 2022.
- Référentiel « Deuil périnatal et soins palliatifs : proposition d'aide à l'accompagnement en salle de naissance » – Réseau de périnatalité Occitanie, 2024.
- Le carnet de santé de l'enfant – ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2025.
- Charte de nouveau-né hospitalisé, 2021.
- La présence de la famille et des Fratries en Maternité et en Néonatologie dans l'optique des soins centrés sur le nouveau-né et sa famille: Avis documenté du GREEN – SFN, 2024.
- Quel soutien aux équipes soignantes en néonatologie ? – SFN, 2022.
- Préparation à la sortie d'hospitalisation des nouveau-nés vulnérables : « Anticiper tôt et suivre » - GREEN/SFN, 2019.
- L'enveloppement, l'habillage et les tissus en contact avec l'enfant en néonatologie - GREEN/SFN, 2021.
- Recommandations pour le portage en peau à peau- GREEN/SFN, 2018.
- Quels sont les niveaux lumineux idéaux en néonatologie ? - GREEN/SFN
- Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2018.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

Patients, soignants, un engagement partagé

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS : ***www.has-sante.fr***

Qualiscope
Vers des établissements de santé de qualité
has-sante.fr/qualiscope

© Haute Autorité de santé – Juin 2026_ACDC_CED_I596_E