



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 : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

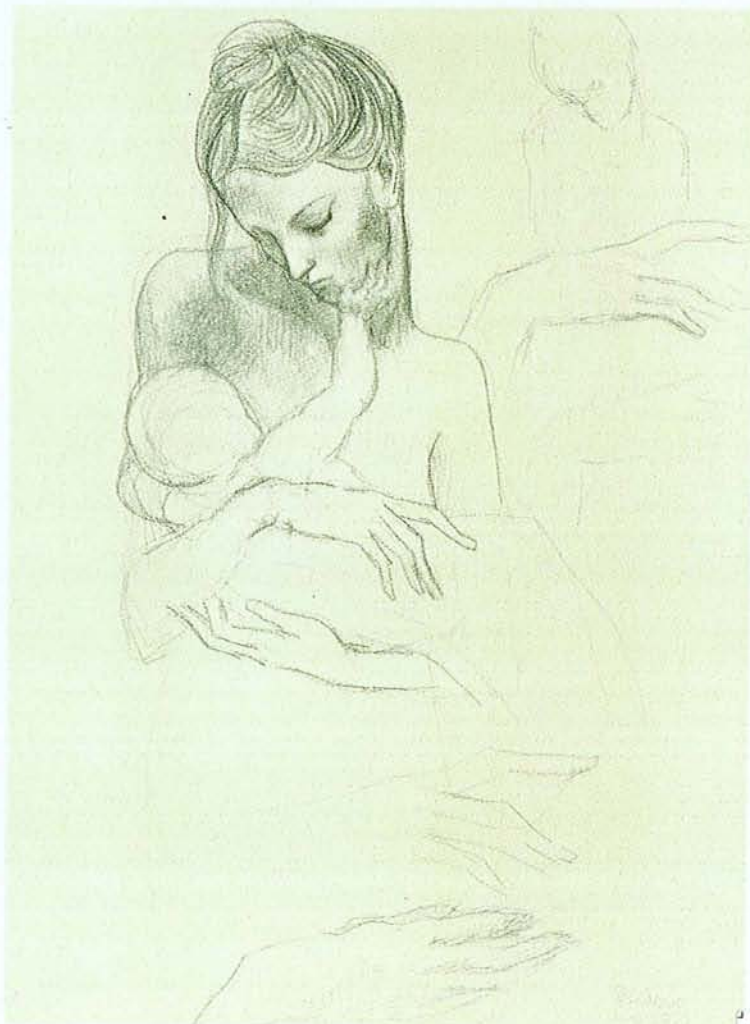
156 299

Mémoire présenté et soutenu par :

Anne GERARDOT

PROMOTION 1997-2001

LES SORTIES PRECOCES DE MATERNITE ET LE SUIVI A DOMICILE



23 AOUT 2001



*Ecole de sages-femmes
A. FRUHNHOLZ
NANCY*

MEMOIRE PRESENTE ET

SOUTENU PAR :

ANNE GERARDOT

PROMOTION 1997-2001

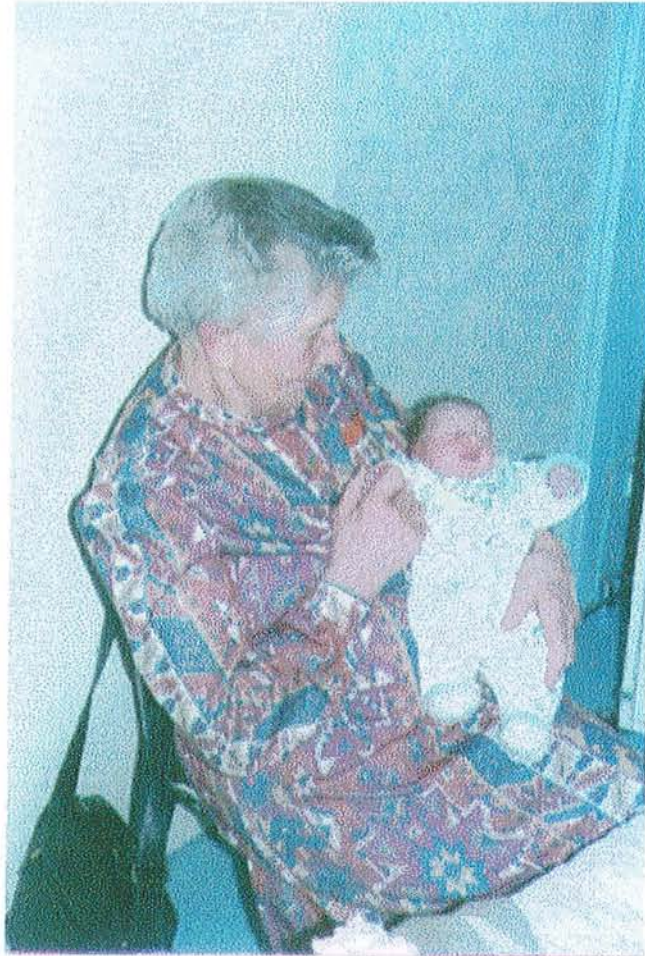
**LES SORTIES PRECOCES DE MATERNITE
ET LE SUIVI A DOMICILE**

ECOLE DE SAGES -FEMMES

A. FRUHINHOLZ

NANCY

HOMMAGE



*Dis grand-mère explique moi
La raison de ton minois,
La gentillesse de ton regard
Soutenu, sans aucun fard*

André CHATELAIN

À ma grand-mère, à Maëlle.

REMERCIEMENTS

A Madame BELGY, sage-femme monitrice, pour ses précieux conseils et ses encouragements durant ces quatre années.

Aux sages-femmes de MONTMORENCY, et plus particulièrement à Madame FAUQUET, pour le temps qu'elle m'a consacré.

A mesdames ANDRE, HEIM, LAUSECKER, sages-femmes de GERARDMER, pour leur accueil chaleureux et pour leur disponibilité.

Aux sages-femmes libérales des VOSGES, pour m'avoir aidé dans la distribution de mes questionnaires.

A mademoiselle COLAS, pour son aide quant à la rédaction de ce mémoire.

A toutes les mères qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire.

A ma famille, Michael, mes amis, pour leur affection et leur soutien.

SOMMAIRE

❖ <u>HOMMAGE</u>	p.3
❖ <u>REMERCIEMENTS</u>	p.4
❖ <u>PREFACE</u>	p.7
❖ <u>INTRODUCTION</u>	p.8
❖ <u>1ère PARTIE : LES SORTIES PRECOCES</u>	p.9
<u>I. DEUX FORMULES EXISTENT</u>	p.10
<u>II. UNE PRATIQUE DE PLUS EN PLUS COURANTE</u>	p.10
<u>III. LES CONDITIONS PREALABLES</u>	p.12
<u>IV. LES TROIS ENJEUX ESSENTIELS</u>	p.15
❖ <u>2ème PARTIE : LE SUIVI A DOMICILE</u>	p.27
<u>I. LES STRUCTURES DE RELAIS</u>	p.28
<u>II. LES TROIS ENJEUX SONT-ILS RESPECTES ?</u>	p.37
❖ <u>3ème PARTIE : ENQUETE AUPRES DES FEMMES QUI ONT BENEFICIE D'UNE SORTIE PRECOCE</u>	p.43
<u>I.L'OBJECTIF</u>	p.44
<u>II. LES CONDITIONS DE REALISATION</u>	p.44

<u>III. EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE</u>	p.46
<u>IV. ANALYSE DU QUESTIONNAIRE</u>	p.66
❖ <u>CONCLUSION</u>	p.71
❖ <u>TABLE DES MATIERES</u>	p.72
❖ <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.76
❖ <u>ANNEXES</u>	p.80

PREFACE

C'est au cours d'une conférence à NANCY, que j'ai entendu pour la première fois parler des sorties précoces de maternité couplées à un suivi à domicile.

Cette pratique se fait plus volontiers en région parisienne, d'où venaient les deux sages-femmes qui ont pris la parole lors de cet exposé.

Leur enthousiasme à nous faire partager la réussite de leur expérience, m'a donné envie de découvrir plus en détail ce nouvel aspect de notre profession.

Cela s'est concrétisé par un stage de quinze jours au sein de leur service ; deux semaines passionnantes et enrichissantes, tant sur le plan professionnel que sur le plan humain.

A la fin de ce stage, je venais enfin de trouver le sujet de mon mémoire pour lequel j'allais m'investir pendant toute une année.

INTRODUCTION

Au début du siècle, toutes les naissances avaient lieu dans le milieu familial. Puis pour des raisons de sécurité, les accouchées ont toutes séjourné jusqu'à plus d'une semaine en maternité.

Selon le souhait des mères et pour des raisons économiques, ce séjour tend à se réduire. La durée moyenne d'hospitalisation après un accouchement normal est, actuellement, de cinq jours.

Cependant, lorsqu'une structure de relais est présente, certaines maternités autorisent une sortie précoce, c'est-à-dire une sortie trois jours après un accouchement normal, accompagnée d'un suivi à domicile.

Alors, faut-il encourager ces sorties précoces ?

Quels sont les intérêts et les enjeux d'une telle démarche ?

Nous verrons dans un premier temps, les conditions préalables à respecter lors d'une sortie précoce et les trois enjeux que cette pratique met en cause, qui sont : la diminution des coûts, la sécurité de la mère et de l'enfant, l'humanisation du temps autour de la naissance.

Puis dans un deuxième temps, nous verrons l'organisation et le déroulement du suivi à domicile à travers plusieurs exemples et si les deux premiers enjeux sont respectés au travers de ces même exemples.

Ainsi dans un troisième temps, afin de vérifier si la prise en charge est plus « humaine », il semble intéressant de recueillir les impressions des femmes qui ont bénéficié de ce système et d'évaluer leur satisfaction grâce à une enquête effectuée auprès d'elles.

PREMIERE PARTIE :

LES SORTIES PRECOCES

I. DEUX FORMULES EXISTENT

Existe-t-il une « bonne » durée d'hospitalisation après un accouchement? En France, nous sommes aujourd'hui très en deçà des douze jours du forfait de la Sécurité Sociale pour les accouchements par voie basse et des trois semaines pour les césariennes.

Actuellement, la tendance est à la réduction du temps de séjour en post-partum. Dans le système français, 99,5% des femmes accouchent en milieu hospitalier.

En secteur privé, il existe peu de sorties précoces.

En secteur public, deux formules existent :

I.1. Une formule traditionnelle

La durée d'hospitalisation moyenne est de 4-5 jours pour un accouchement normal et de 7-8 jours pour une césarienne.

Aucun suivi à domicile n'est alors prévu.

I.2. Une « nouvelle » formule

La durée d'hospitalisation est réduite; de 2-3 jours pour un accouchement normal et de 4-5 jours pour une césarienne, en fonction du désir de la mère. Une surveillance à domicile est alors proposée.

II. UNE PRATIQUE DE PLUS EN PLUS COURANTE

Les sorties précoces de maternité dans le post-partum, définies comme les sorties dans les 48 à 96 heures suivant un accouchement normal, sont des pratiques de plus en plus courantes.

Nous constatons depuis quelques années, dans certains pays occidentaux, un recours aux sorties précoces combinées à une surveillance à domicile.

II.1. Aux Etats-Unis

La durée d'hospitalisation est passée de 3,9 jours à 2,1 jours pour des suites de couches simples et de 7,8 jours à 4 jours pour une césarienne, entre 1970 et 1990.

Pour le Collège américain des gynécologues accoucheurs, la durée de séjour recommandée est de 48 heures en cas d'accouchement par voie basse non compliqué, et de 96 heures pour les césariennes ; ces chiffres excluant le jour de l'accouchement. Un suivi à domicile est alors préconisé.

II.2. En Angleterre

La durée du séjour après un accouchement normal varie de six heures à deux jours. Les sages-femmes contactent les femmes résidant dans leur secteur et se rendent quotidiennement à domicile pendant les dix jours suivant l'accouchement. Cette durée peut être prolongée en cas de complications.

II.3. En Hollande

Lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité, les femmes restent hospitalisées en moyenne huit heures en post-partum.

Le relais à domicile est assuré systématiquement par une aide familiale qui s'occupe de la mère et du nouveau-né pendant huit jours, et par une sage-femme libérale qui assure le suivi obstétrical pendant la même durée ou plus longtemps si nécessaire.

II.4. La France

La France commence à prendre le pas sur ce système - notamment en région parisienne - du fait du contexte actuel de rigueur budgétaire.

III. LES CONDITIONS PREALABLES

III.1. Présence d'un organisme de suivi à domicile adapté

Actuellement, les structures mises en place en France sont souvent insuffisantes. C'est ainsi qu'il arrive que ce critère ne soit pas toujours respecté lors de sorties précoces - alors qu'il devrait être obligatoire- et certaines femmes rentrent chez elles sans suivi à domicile.

Tout cela peut faire naître une profonde angoisse qui ne va pas sans poser des problèmes dans la relation mère-enfant.

Il existe plusieurs organismes de suivi à domicile assuré par des sages-femmes

Ce suivi est effectué par une sage-femme hospitalière ou
par une sage-femme libérale ou
par un service d'hospitalisation à domicile.

III.2. Du point de vue médical

Il n'existe pas, à proprement parler, une liste commune avec des critères de sélection désignant ou non les femmes pour un mode de sorties précoces.

Chaque maternité fonctionne au cas par cas selon les accouchées mais toutefois, il existe certaines situations médicales plus à risque que d'autres pour permettre d'assurer pleinement une sécurité à la mère et à l'enfant au moment du retour à la maison.

A savoir qu'une pathologie médicale pendant la grossesse peut nécessiter une surveillance dans le post-partum plus spécifique et un peu plus longue. Un accouchement par voie basse difficile, c'est-à-dire une complication obstétricale de type déchirure complète du périnée, fait éventuellement partie de cette catégorie.

L'extraction instrumentale et l'épisiotomie n'entrent pas dans ce champ.

En général, les conditions sont les suivantes :

- ✗ un post-partum sans anomalies,
- ✗ un statut médical et psychologique de la mère sans particularités,
- ✗ une naissance à terme (> 37 semaines d'aménorrhées),
- ✗ un poids chez l'enfant supérieur à 2500 grammes,
- ✗ une absence d'anomalies pour le nouveau-né pendant le séjour,
- ✗ un examen de sortie normal pour la mère et l'enfant.

Cette « liste » n'est pas exhaustive et les critères sont modulables d'une femme à l'autre.

III.3. Du point de vue de la femme

Les femmes sont au courant, très tôt dans la grossesse, des sorties précoces, le plus souvent par une amie, la famille, grâce aux cours de préparation à la naissance ou lors des consultations prénatales.

Le premier critère à prendre en compte est le désir des mères car une sortie précoce ne peut être réussie que si elle est voulue et non imposée. Il s'agit d'un choix personnel, ainsi la durée optimale pour chaque mère, chaque couple est en fonction de leurs attentes, de leurs besoins et des prestations offertes.

Le plus souvent, ce sont les femmes elles-mêmes qui, lors de leur hospitalisation, émettent le souhait de sortir plus tôt de la maternité, surtout lorsqu'elles ont déjà des enfants.

Quelquefois, c'est l'équipe soignante qui le propose aux femmes qu'elle juge « aptes » à sortir précocement. Les accouchées sont libres de refuser ou d'accepter.

III.4. Du point de vue des soignants

C'est ici que l'équipe hospitalière joue un rôle essentiel. Elle doit faire une évaluation des capacités de la femme et de son entourage à gérer ce retour. L'équipe hospitalière se renseigne sur l'environnement matériel de la patiente, avec les conditions de logement, l'éloignement géographique d'un centre de soins, elle se renseigne également sur l'environnement familial, avec la disponibilité du père, de la famille et l'âge des autres enfants, et elle évalue l'état psychologique de la mère.

Il est important de rassurer la mère et la famille sur ce retour précoce à la maison et de donner des informations pratiques, concernant les éventuels problèmes que la patiente peut rencontrer à domicile, pour que ce retour soit fait dans des conditions optimales.

Ce système est plus exigeant pour le personnel de maternité ; il faut en trois-quatre jours cerner la situation et faire acquérir à la patiente l'apprentissage des soins concernant le nouveau-né et elle-même, sur un temps de séjour plus court.

La cohésion de l'équipe de suites de couches est primordiale ; le discours médical doit être simple, compréhensible, unitaire et rassurant. L'équipe sera aussi capable de dépister les situations maternelles pathologiques, les relations mère-enfant difficiles.

IV. LES TROIS ENJEUX ESSENTIELS

IV.1. Diminution des coûts

IV.1.1. Les difficultés financières de la Sécurité Sociale

Rappelons, tout d'abord, quelques grandes étapes en matière de législation, en milieu hospitalier.

IV.1.1.1. Les grandes lois hospitalières

La loi du 31-2-1970

Elle entraîne la création du « service public hospitalier », ainsi que la création de la carte sanitaire.

Les soucis de planification et d'organisation de l'offre de soins apparaissent, et aboutissent à la mise en œuvre de la carte sanitaire chargée de gérer l'offre existante et d'autoriser des créations d'établissements en fonction des besoins sanitaires de la population.

La loi du 19-1-1983

Elle est à l'origine de la création du budget global, car le resserrement de la contrainte financière oblige l'institution d'un système d'enveloppe globale à l'hôpital.

La tarification aux prix de journée était jugée inflationniste, en ce sens que les hôpitaux avaient tout intérêt à prolonger la durée de séjour afin d'accroître leurs recettes.

Le ministère et le parlement décident d'un taux global d'évolution des dépenses hospitalières. Celui-ci est ensuite répercuté sur chaque établissement sous la forme d'un taux directeur. La dotation globale allouée pour l'année N+1 correspond au budget alloué pour l'année N, majoré de l'évolution prévue par le taux directeur.

La loi du 31-7-1991

Elle permet le développement d'alternatives à l'hospitalisation

Les préoccupations de planification sanitaire redeviennent cruciales, et intègrent le développement des alternatives à l'hospitalisation : hospitalisation de jour/de nuit, maintien à domicile.

L'ordonnance du 24-4-1996

Elle est à l'origine de la coordination entre public-privé et ville- hôpital, et de la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH).

Les ARH constituent un groupement d'intérêt public entre l'état et les organismes d'assurance maladie. Ses principales missions sont de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'action des établissements de santé publics et privés, et de déterminer leurs ressources.

Cette ordonnance met également en place le système d'accréditation qui permet l'évaluation de la qualité des soins dispensés dans les établissements hospitaliers.

IV.1.1.2. La hausse de dépenses de santé

Depuis la fin des années 1970, les difficultés financières de la Sécurité Sociale se sont accumulées.

La hausse des dépenses de santé ne connaît pas de limite. Pour la maîtrise du budget de l'assurance maladie, nous sommes devant les plus mauvais résultats depuis une dizaine d'années. Les dépenses de santé du régime général ont progressé de 4,2% en 1998, de 3,1% en 1999 et **de 6% en 2000**, dépassant largement l'objectif fixé par le Parlement.

L'évolution des dépenses hospitalières est plus modérée, avec une hausse **de 2,7% en 2000** pour les hôpitaux publics.

IV.1.2. Alternatives à l'hospitalisation

Le contexte actuel de rigueur budgétaire de la santé, dû au déficit de la Sécurité Sociale, entraîne la recherche de nouvelles solutions pour réduire les coûts hospitaliers.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation est prévu à l'article L.712-2 et à l'article R.712-2-1 du code de la Santé Public. Aux termes de ces articles, il ressort que les alternatives à l'hospitalisation, telles que les structures d'hospitalisation à domicile, ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en baisser la durée. Ce système pourrait à long terme entraîner une diminution des dépenses hospitalières.

Nous verrons dans la deuxième partie, si les différentes alternatives d'hospitalisation en post-partum s'accompagnent d'une baisse des coûts.

IV.2. Humanisation du temps autour de la naissance

« Démédicaliser jamais, mais humaniser »

Un devoir absolu et permanent pour notre profession (12)

Humaniser, c'est prendre en considération l'autre dans son unité, en le remplaçant autant que possible dans son lieu de vie et de parole.

A notre époque, qui voit une demande plus grande du public pour les soins personnalisés et un refus de l'hospitalisation non justifiée, le suivi à domicile du post-partum pour *les mamans qui le désirent* est une expérience passionnante.

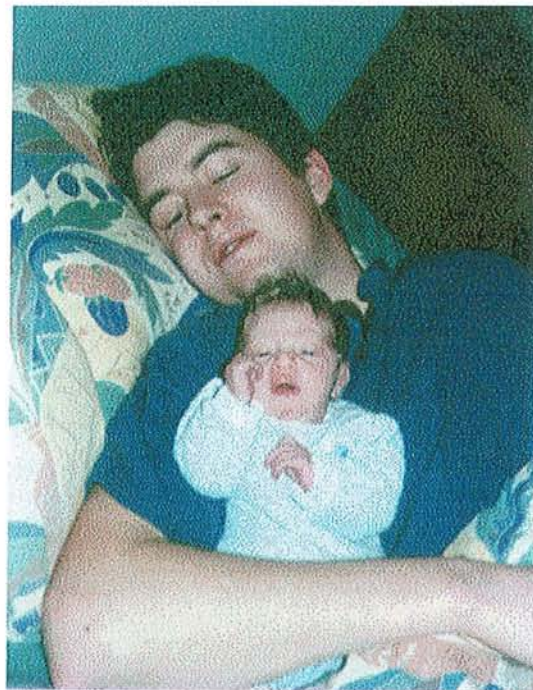
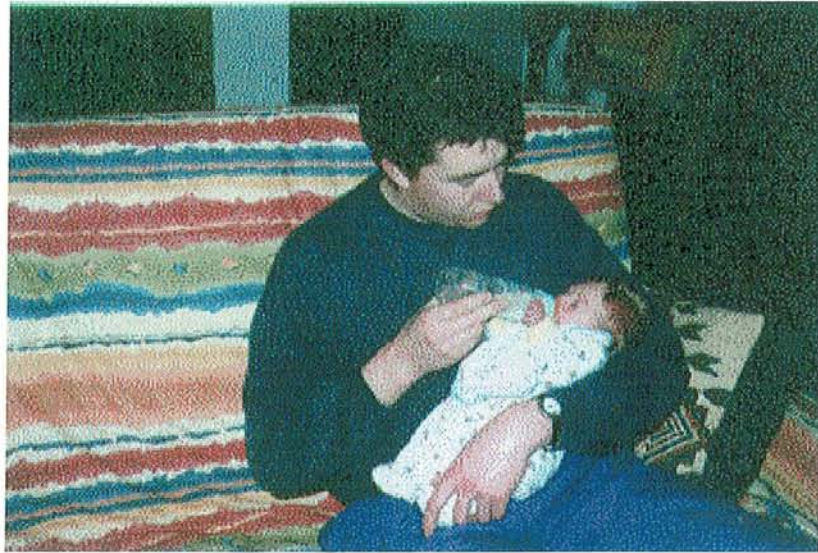
En 1983, une enquête faite à l'hôpital Baudelocque (15) montrait qu'un quart des accouchées était favorable à un système d'hospitalisation à domicile.

En 2000, dans une enquête réalisée à la maternité régionale de Nancy, 29% des 150 femmes interrogées le jour de leur sortie, déclaraient qu'elles auraient été intéressées par une sortie à J3 accompagné d'un suivi à domicile.

Ce suivi à domicile :

- ✗ **favorise le lien Père- Mère- Enfant** dans les premiers jours.

Bien souvent la femme désire vivre la naissance en milieu familial avec la participation active du père tant sur le plan sentimental que physique. A l'hôpital, le père se sent souvent étranger, avec cette formule il est plus impliqué dans la relation avec l'enfant,



On est bien dans les bras de SON PAPA

- ✗ assure une ambiance bien connue et familiale.

Il permet de rester au sein de sa famille et nous admettons aisément que cela soit un avantage car la stabilité familiale est importante psychologiquement,



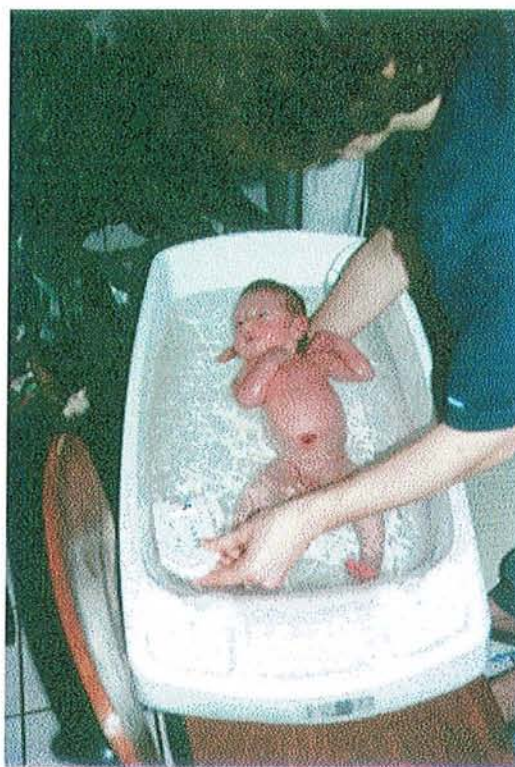
Maëlle en compagnie de sa grand-mère et de son arrière-grand-mère

- ✗ évite un trop longue séparation avec les aînés.

La naissance d'un nouveau-né n'est pas toujours facile à accepter par les aînés. Un retour plus rapide à la maison évite une séparation trop longue avec les autres enfants, qui peut être mal vécue,

- ✗ assure une éducation adaptée au milieu familial.

Ce n'est pas la patiente qui s'adapte au milieu hospitalier, mais la sage-femme qui doit s'adapter aux conditions et aux besoins rencontrés,



La toilette du matin avec MAMAN

- ✗ établit une relation privilégiée accouchée / sage-femme.

Les femmes sont satisfaites de pouvoir bénéficier d'un suivi professionnel et de conseils personnalisés. Une relation de confiance s'installe avec la sage-femme, le dialogue est plus facile,

- ✗ expose moins la femme aux infections nosocomiales.

C'est dans les établissements hospitaliers, que l'on trouve le plus de bactéries multi-resistantes du fait d'un passage important de patients. De plus, les personnes fatiguées, affaiblies ont plus de risques de contracter une infection. Dans son environnement familial, les accouchées retrouvent « leur flore environnante » qui ne leur est pas pathogène.

IV.3. Sécurité de la mère et de l'enfant

IV.3.1. Les difficultés rencontrées après la naissance

Les principales difficultés rencontrées à domicile lorsqu'une accouchée sort à J3, concernent :

✗ La fatigue

La fatigue physique semble en fait augmenter avec le temps écoulé depuis la naissance, que ce soit pendant le séjour en maternité ou après le retour à la maison. Une étude suédoise(14) ne retrouvait pas d'association entre la durée d'hospitalisation et la fatigue : le pic se trouvait toujours au retour à la maison que ce soit après 24 heures ou après 6 jours d'hospitalisation.

✗ L'épisiotomie

Ainsi que les syndromes douloureux de la sphère génitale. Une gêne peut persister, lors de la marche ou lors de la station assise, durant le temps de la cicatrisation, qui met plusieurs semaines.

✗ L'allaitement

Concernant l'allaitement maternel, la principale difficulté est la baisse de lait, fréquente au retour à la maison ; elle est combattue par des mises au sein de nouveau fréquentes et plus prolongées.

L'engorgement mammaire se produit quand le lait ne sort pas de l'alvéole ; des massages, des douches chaudes rétablissent l'écoulement du lait.

L'apparition de crevasses gêne également l'allaitement.

Quelquefois, la montée laiteuse à J2-J3 peut se produire après la sortie de la maternité, si la femme sort tôt. Il faut avertir la maman et lui donner les conseils adéquats.

Le plus souvent, les soucis sont d'ordre pratique : le rythme des tétées, la quantité de lait à donner lors d'un allaitement artificiel, les positions, les compléments.

✗ Les soins de puériculture de base

La toilette, les changes, les soins du cordon posent quelquefois des problèmes à la mise en route.

✗ Le Baby blues

Ou tout du moins cette période de fragilité psychologique. De nombreuses femmes ressentent, quelques jours après la naissance de leur enfant, une période passagère d'instabilité d'humeur et d'anxiété avec des crises de pleurs. Il faut préciser que ce phénomène est tout à fait normal, et qu'il est dû en partie à la brusque chute hormonale qui se produit après l'accouchement.

✗ La prise de poids du nouveau-né

La prise de poids de l'enfant est un sujet préoccupant pour les mères.

Il ne faut jamais négliger une mauvaise prise de poids qui peut révéler un problème infectieux, digestif ou métabolique.

Mais dans la majorité des cas, une stagnation pondérale est due à des quantités de lait insuffisantes.

✗ L'ictère

Il faut expliquer aux mères que beaucoup d'enfants font un ictère physiologique.

Face aux questions, aux problèmes que se posent les mères, sans le savoir, elles ont souvent les réponses ; il faut juste les leur révéler.

Les difficultés rencontrées se résolvent dans la plupart des cas à domicile après consultation par la sage-femme.

IV.3.2. Les situations à risque

Néanmoins, il existe des situations où certaines pathologies ne sont pas dépistées dans les 72 heures après la naissance et qui nécessitent une ré-

hospitalisation de la mère ou du nouveau-né lorsque celles-ci sont découvertes à domicile :

Pour le nouveau-né, il peut s'agir :

✗ **d'une infection nosocomiale**, se révélant tardivement par un bref accès de fièvre, un teint gris, une cyanose, un ictère.

En général, les infections materno-fœtales apparaissent tôt, cependant certaines sont découvertes plus tard comme les méningites,

✗ **d'une cardiopathie**, qui ne se dépiste qu'après quelques jours de vie quand les régimes de pression pulmonaire et systémique se stabilisent. C'est le cas, par exemple, d'une communication inter ventriculaire.

Les cardiopathies sévères sont reconnues dès la naissance,

✗ **d'une pathologie digestive mineure** à type de reflux gastro-oesophagien qui se traduit par des pleurs, des malaises, des vomissements, une stagnation pondérale ; constipation, diarrhée,

✗ **d'un ictère important** ; l'ictère physiologique atteint normalement son pic au 4^{ème} ou 5^{ème} jour. Il est plus marqué en cas d'incompatibilité dans le système ABO.

Pour la mère, il s'agit le plus souvent :

✗ **d'une endométrite**, avec des lochies malodorantes, une mauvaise rétraction utérine, un utérus mou et sensible,

✗ **d'une hémorragie du post-partum**, avec des lochies abondantes et sanglantes,

✗ **d'une infection sur cicatrice de césarienne**, avec un abcès ou un suintement purulent et une cicatrice indurée et douloureuse.

La sage-femme assure un rôle important quant au dépistage de toutes ces situations à risque.

IV.3.2. Le rôle de la sage-femme

IV.3.2.1. Un rôle médical

Il s'agit, auprès **de la mère**, de la surveillance classique des suites de couches :

✗ Surveillance de l'état général de la femme

La sage-femme vérifie la température, les pulsations, la pâleur, la fatigue.

✗ Surveillance de l'involution utérine en s'assurant de la fermeté de l'utérus, de sa position et de l'absence de sensibilité douloureuse.

✗ Le périnée et les lochies

La sage-femme regarde l'état du périnée à chaque visite et donne des conseils d'hygiène vulvaire pour une meilleure cicatrisation. Elle vérifie également la couleur, l'odeur, et l'abondance des lochies.

✗ La cicatrice de césarienne

La sage-femme regarde son aspect et sa cicatrisation.

✗ La circulation sanguine

Une plus grande mobilité va diminuer le risque thrombo-embolique. Le retour précoce à la maison y est tout à fait favorable, mais il s'agit de trouver un juste milieu car le repos est nécessaire.

La sage-femme est à la recherche des signes cliniques d'une phlébite : sensation de chaleur au mollet et jambes lourdes, augmentation du volume du mollet.

Il est nécessaire de rechercher la présence d'hémorroides fréquentes dans le post-partum immédiat.

✗ La reprise du transit

Le transit est couramment ralenti en cette période et il faut s'assurer de sa reprise. Les conseils diététiques améliorent singulièrement le problème.

✗ L'état des seins et l'allaitement

La sage-femme regarde la présence ou non de crevasses, elle palpe les seins pour s'assurer de leur souplesse et se renseigne sur les modalités de l'allaitement.

✗ L'état psychologique de la mère

Le baby-blues est fréquent chez les nouvelles mères, mais il ne faut pas banaliser un état dépressif qui persiste et qui peut évoluer vers une psychose puerpérale.

Hormis la surveillance clinique, la sage-femme abordera :

✗ La contraception

✗ La sexualité

Il est primordial d'aborder ce sujet, d'en parler avec les couples afin de diminuer les craintes et les peurs à l'approche de la reprise des rapports.

La surveillance auprès **de l'enfant** concerne:

✗ Son état général de l'enfant

La température n'est plus prise quotidiennement mais prise au moindre doute.

✗ Sa prise de poids

La courbe de poids est suivie grâce à des pesées régulières lors des visites de la sage-femme.

✗ Son transit

La sage-femme vérifie l'aspect des selles, leur nombre par jour et la présence d'urine régulièrement.

✗ L'aspect du cordon ombilical

Le cordon est très rarement tombé à J3. La sage-femme s'assure que le cordon est sec et que sa base n'est pas infectée.

✗ L'ictère

La sage-femme surveille son absence ou son évolution.

✗ Le test de guthrie

Il est fait à domicile si l'enfant sort avant d'avoir trois jours de vie.

IV.3.2.2. Un rôle pédagogique

Profitant d'être à la maison pour installer un climat de confiance, la sage-femme prend du temps pour le bain, la tétée, pour tous ces gestes simples mais parfois difficiles à effectuer pour les jeunes mères.

Il ne s'agit pas de montrer ou de faire à la place, mais de laisser faire, de guider, de rassurer.

Certains conseils à propos d'alimentation, d'hygiène de vie, d'intégration du nouveau-né, de rythme et d'organisation familiale sont à préciser, même s'ils ont déjà été abordés à la maternité.



Les premiers biberons ne sont pas toujours faciles

IV.3.2.3. Un rôle de femme

La technicité, le savoir sont nécessaires, mais l'échange, l'émotion partagée, le plaisir d'être auprès des femmes sont au moins aussi importants.

La sage-femme prend le temps d'être à l'écoute des patientes et du couple, de les conseiller et de les soutenir.

Elle leur fait bénéficier de son expérience professionnelle et quelquefois de son expérience en tant que mère elle-même.

DEUXIEME PARTIE :

LE SUIVI A DOMICILE

I. LES STRUCTURES DE RELAIS

I.1. Les sages-femmes libérales

I.1.1. Dans le cadre d'un suivi global

Le suivi global de la grossesse correspond à une prise en charge du début de la grossesse jusqu'au suivi des suites de couches.

La motivation des femmes provient souvent d'une envie d'avoir, avec la sage-femme, une relation basée sur la confiance et la qualité d'un suivi personnalisé.

La sage-femme pratique l'accouchement soit à domicile, soit en ayant accès à un plateau technique. Le suivi après l'accouchement se fait :

- ✗ à domicile, si la femme a accouché chez elle,
- ✗ à domicile, après une sortie précoce de la maternité,
- ✗ à la maternité pendant 5-6 jours avec généralement quelques visites à domicile lors du retour.

Cette prise en charge est peu répandue : seules 50 sages-femmes libérales proposent ce suivi en France.

I.1.2. Dans le cadre d'une sortie précoce

Certaines sages-femmes libérales travaillent en collaboration avec une ou plusieurs maternités, et celles-ci font appel à elles lorsqu'une femme veut sortir plus tôt. Souvent, il s'agit des patientes que les sages-femmes ont suivies pendant la grossesse.

La Sécurité Sociale prend en charge à 100% les visites de la sage-femme jusqu'à sept jours après l'accouchement. Si la femme le désire, la surveillance peut se faire au-delà des sept jours, mais la prise en charge des visites par la Sécurité Sociale ne sera alors que de 70%.

Chaque visite est cotée V+C à 190 francs.

Ce système est surtout développé en région parisienne où les sages-femmes collaborent également avec des structures d'hospitalisation à domicile.

I.2. L'hospitalisation à domicile ou HAD

I.2.1. Définition

L'HAD est un concept qui regroupe « l'ensemble des soins dispensés au domicile du patient, d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui pourraient lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle. »

I.2.2. Historique

La première expérience d'HAD en post-partum a lieu en 1985 à Grenoble, afin de réduire le problème de surpopulation des maternités.

A Paris, la première expérience s'est installée à l'hôpital ROTSCHILD, en 1987, pour faire face à une réduction de 50% des lits en maternité consécutive à des travaux.

Ces tentatives se révélant positives, d'autres services d'HAD se sont développés notamment à Gérardmer en 1992.

I.2.3. L'HAD de Gérardmer

I.2.3.1. Sa création

Elle fait suite à la fermeture de la maternité de Gérardmer en 1991, du fait d'un nombre d'accouchements insuffisant par an.

I.2.3.2. Son fonctionnement

Sa particularité est de s'adresser aux mères qui ont accouché à Remiremont et qui résident dans certaines communes, situées dans un rayon de 20 kilomètres autour de Gérardmer.

Les conditions d'admission sont d'ordre :

- ✕ médical, avec une absence de contre-indication tant chez la mère que chez le nouveau-né,

- ✕ administratif, avec une affiliation obligatoire à la Sécurité sociale ou à une autre caisse.

Le service d'HAD a une capacité de 5 lits et fonctionne avec deux postes de sages-femmes (une sage-femme à temps plein et deux à mi-temps) qui effectuent également des consultations, des visites à domicile avec monitoring lors de grossesses pathologiques, des cours de préparation à la naissance ainsi que de la rééducation périnéale.

Le service d'HAD est un service du centre hospitalier de Gérardmer, par conséquent la responsabilité civile et le budget lui incombent. La responsabilité médicale étant assurée par le chef de service et les praticiens hospitaliers des services de maternité et de pédiatrie du centre hospitalier de Remiremont.

I.2.3.3. L'activité en Suites de Couches depuis 1992

Depuis sa création, le nombre de femmes vues à domicile reste à peu près stable.

Il se situe autour de 20% des femmes ayant accouché à REMIREMONT et qui habitent dans le secteur couvert par l'HAD.

Depuis ces deux dernières années, le pourcentage a baissé du fait de l'inclusion de deux petits villages supplémentaires dans le champ d'action de l'HAD, qui sont SAINT-ETIENNE et DOMMARTIN-lès-REMIREMONT, où peu de femmes, jusqu'à maintenant, sortent précocement.

Un des projets de l'HAD pour augmenter son activité serait de travailler en collaboration avec la maternité d'Epinal et de Saint-Dié et ainsi d'étendre le secteur de leur champs d'action.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Femmes suivies									
Par l'HAD	56	75	74	75	65	56	84	59	64
Pourcentage en fct du nbre total d'accouchées	21%	21%	22,6%	21%	20,6%	16,9%	22%	16,3%	18,2%

I.2.3.4. L'entrée en HAD

Les sages-femmes téléphonent quotidiennement à la maternité de Remiremont pour savoir quelles femmes désirent entrer en HAD.

Lorsque l'admission est effective, une sage-femme de Gérardmer se rend le jour de l'accouchement à la maternité de Remiremont, afin d'établir un premier contact avec la patiente et son enfant et de constituer un dossier médical (cf. annexe n°2). Pendant son court séjour à la maternité, l'enfant est vu chaque jour par le pédiatre.

L'après-midi de la sortie, la sage-femme se rend au domicile de l'accouchée pour lui fournir le matériel de puériculture nécessaire, des conseils concernant le bébé, ainsi que des explications quant à l'utilisation des numéros de téléphone d'urgence.

La femme a la visite de la sage-femme deux fois par jour, une visite le matin et une l'après-midi, pendant 4 jours. Les heures de passage sont fixées en fonction de l'heure du bain, pour que la sage-femme y assiste et en général, lors des premières visites, la sage-femme fait le bain.

Les femmes bénéficient de matériels tel que du lait, des couches, un pèse-bébé et de produits pharmaceutiques gratuits pendant la durée de leur prise en charge.

Il est également proposé aux accouchées une aide ménagère à domicile deux heures par jour, prise en charge par l'HAD, en fonction des besoins de chaque famille.

La sage-femme fixe la date de l'examen du 8^{ème} jour de l'enfant, qui est confié au médecin traitant.

I.2.3.5. La sortie d'HAD

Elle se fait à J7 ou J10 pour une césarienne.

La visite du 8^{ème} jour est effectuée par le médecin qui signe les ordonnances préparées par la sage-femme, et ses honoraires sont payés par l'hôpital de Gérardmer. L'examen de sortie de la mère est fait par la sage-femme et la sortie est prononcée par le directeur du centre hospitalier de Gérardmer sur proposition du chef de service et en accord avec le médecin traitant.

Quand un problème social se pose, la sage-femme fait le relais avec la PMI.

I.3. Les sages-femmes hospitalières (l'expérience de Montmorency)

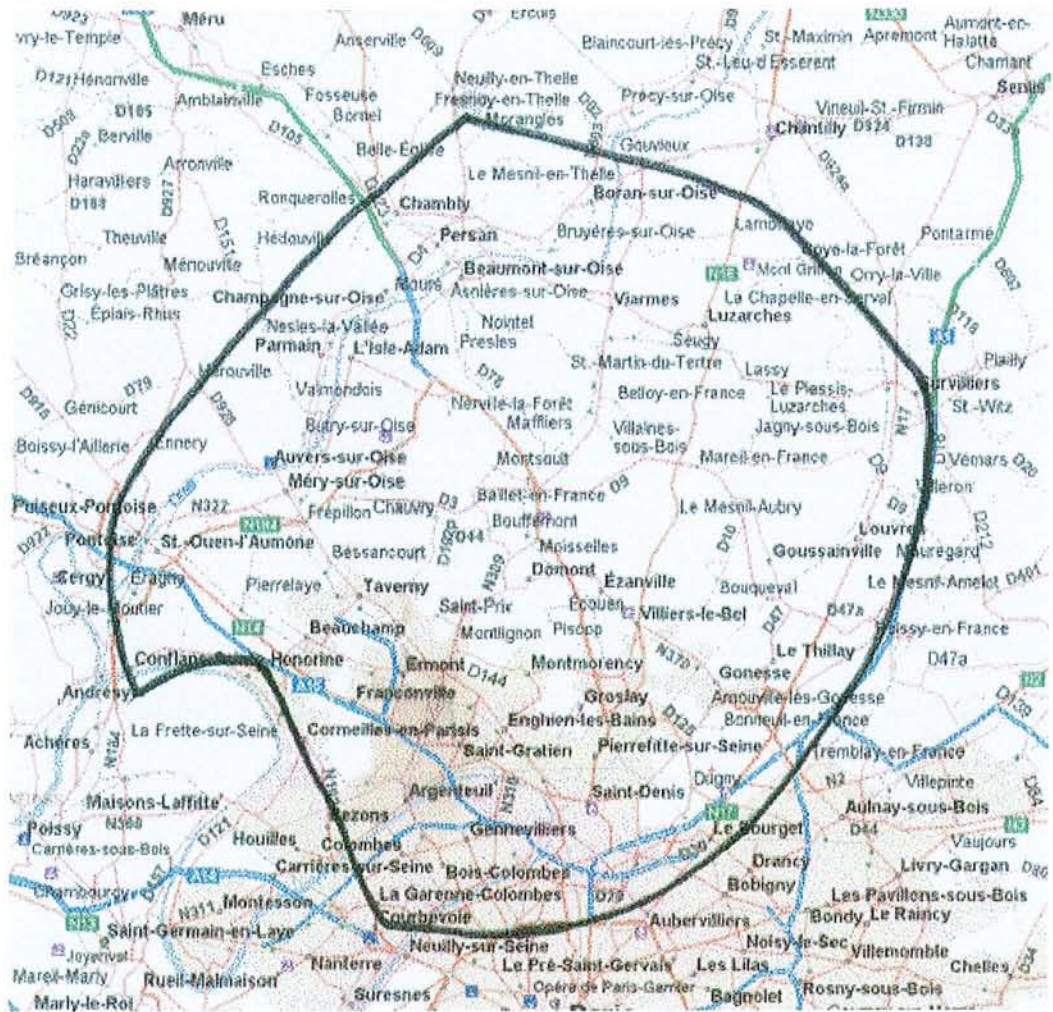
I.3.1. La mise en place

A la maternité de Montmorency, l'augmentation constante du nombre d'accouchements depuis 1979, de 400 à 1500 accouchements, a obligé le service dirigé par le docteur Cleofax à rechercher une solution qui permette de libérer des lits sans toutefois nuire à la sécurité physique et psychologique des accouchées et des nouveau-nés.

La capacité hôtelière de son service est limitée à trente lits.

Une formule de suites de couches à domicile a donc été mise en place, en janvier 1993, assurée d'abord par une sage-femme, Mme Fauquet, puis deux sages-femmes du service.

Secteur couvert par les sages-femmes de Montmorency



I.3.2. Son organisation

I.3.2.1. A la maternité

Les accouchées sont informées de la possibilité d'un suivi à domicile au cours des consultations, de la préparation à la naissance et par les sages-femmes de suites de couches du service.

Seules celles qui le désirent sont concernées par les sorties à J3. La visite à domicile est alors systématique.

La sage-femme qui assure le suivi à domicile rend visite à la femme avant sa sortie, pour établir un contact avec la patiente et débiter un dossier de suivi à domicile (cf. annexe n°3), avec l'aide du dossier médical.

Cette feuille comporte :

- ✗ l'identité de la patiente,
- ✗ ses antécédents médicaux, familiaux, obstétricaux,
- ✗ le déroulement de la grossesse,
- ✗ le résumé d'accouchement,
- ✗ le déroulement du post-partum,
- ✗ les renseignements concernant l'enfant.

En 1998, 27% des accouchées sont sorties à J3, soit presque 1/3 des femmes, avec une majorité de multipares et très peu de femmes ayant eu une césarienne.

b. A domicile

Les patientes sont vues en moyenne deux à trois fois mais, dans quelques cas rares, jusqu'à dix fois. Certaines femmes se contentent d'une seule visite, gardant le contact avec l'hôpital ou la PMI.

Ces visites sont adaptées à chaque cas, ce qui fait qu'une femme est vue plusieurs jours de suite si cela s'avère nécessaire et qu'une autre n'a une visite que deux à trois jours plus tard.

Le nombre de visites varie d'un jour à l'autre, il peut aller de deux à dix femmes, vues dans la journée par une même sage-femme.

Les visites durent entre 20 minutes et une heure trente et sont assurées du lundi au samedi.

La surveillance à domicile de l'accouchée et du nouveau-né est pratiquement la même qu'à l'hôpital, grâce au matériel qui est transporté- en particulier une balance et un bilirubinomètre-. En plus de la surveillance, la sage-femme est amenée à réaliser des actes tels que l'ablation des fils de l'épisiotomie chez la mère ou le test de Guthrie chez l'enfant, s'il n'a pas été fait à la maternité. Les deux sages-femmes sont quotidiennement en contact avec les obstétriciens et les pédiatres du service.

Pour certaines patientes en difficulté, les sages-femmes hospitalières font le relais avec une puéricultrice de PMI pour prolonger le suivi. Si cela semble plus judicieux, une consultation avec la psychologue du service est proposée.

En 1998, 952 femmes, soit 65%, ont été vues à domicile. Ces visites incluent les sorties précoces et les visites chez les femmes nécessitant une prise en charge médicale, quelque soit leur durée de séjour à la maternité.

I.4. Et la protection maternelle et infantile (PMI) ?

Lors d'une conférence sur les suites de couches à domicile, beaucoup de sages-femmes s'interrogeaient sur un éventuel empiètement des structures de relais sur le travail des puéricultrices de PMI.

A. Définition

Il paraît bon de rappeler la définition que Pierre LAROQUE donne dans son ouvrage sur les institutions sociales françaises.

« La PMI peut se définir comme un ensemble de mesures techniques, législatives, administratives, financières, visant à protéger la santé de la future mère et de l'enfant de zéro à six ans, sans distinction de ressources, ni de statut socio-économique. »(20)

B. Activité de la puéricultrice

Si toute nouvelle maman peut bénéficier, après son accouchement, d'une rencontre à domicile avec la puéricultrice de PMI, la diversité des activités de celle-ci et l'augmentation constante du nombre de familles en difficultés, l'obligent à faire des choix.

La puéricultrice reçoit les déclarations de naissance concernant toutes les femmes de son secteur et effectue des visites à domicile selon des facteurs de risques médico-sociaux, de maltraitance ou encore en fonction de signalements divers (hôpitaux, services sociaux, ...).

Le souhait de la puéricultrice reste cependant de rencontrer le plus de mamans possible, dans les quinze premiers jours après leur accouchement ou sinon au cours du premier mois. Les mamans ne pouvant bénéficier de cette rencontre sont informées de ce service de proximité par une lettre de mise à disposition leur indiquant comment les joindre.

Pour cette première visite, un courrier de présentation proposant jour et heure de rencontre est adressé aux parents qui restent libres d'accepter ou non ce rendez-vous.

Ainsi, les visites à domicile, faites par les sages-femmes dans un contexte de sorties précoces, n'interfèrent en aucun cas dans le travail de la puéricultrice de PMI. Elles servent de relais entre l'hôpital et la PMI, permettent d'alléger le travail de la puéricultrice, de cibler les femmes et d'orienter la puéricultrice vers les familles à risque.

II. Les trois enjeux sont-ils respectés ?

II.1. La sécurité de la mère et du nouveau-né

II.1.1. Aux Etats-Unis

L'équipe de l'hôpital universitaire de Birmingham (Alabama) a mené une étude prospective (5), entre octobre 1993 et septembre 1995, sur le devenir médical des mères et des enfants sortis à 24 heures avec une visite à domicile systématique 48 heures après l'accouchement et une consultation deux semaines après, auprès du centre médico-social dont dépendait la patiente.

L'étude concerne 972 mères et 856 nouveau-nés et montre qu'il y a eu très peu d'incidents maternels (1,5%), dont deux ré hospitalisations seulement pour endométrite et suppuration de cicatrice. Il y a eu peu d'incidents également chez les enfants (7,1%) et, sur les 12 enfants qui ont du être revus en consultation hospitalière, aucun n'a été ré-hospitalisé.

II.1.3. A Gérardmer

Depuis le début du fonctionnement de l'HAD en 1992, 604 mères et 590 nouveau-nés ont été vus à domicile.

Du point de vue maternel, on note une seule ré-hospitalisation en 1994, pour des suites de couches hémorragiques après une césarienne (soit 0,1% de ré-hospitalisation)

Concernant les nouveau-nés :

- ✗ 5 enfants ont été ré hospitalisés pour photothérapie,
- ✗ 1 enfant a été ré hospitalisé pour un reflux gastro-oesophagien,
- ✗ 1 enfant a été ré hospitalisé pour une hypothyroïdie

Soit 1,1% de ré-hospitalisations pour les nouveau-nés.

II.1.2. A Montmorency

Certaines patientes sont revenues aux urgences pour elles ou pour leur bébé, mais il n'y a eu que peu de cas où une hospitalisation ait été nécessaire.

Le bilan fait sur les chiffres de 1995, montre que :

- ✗ sur les sorties à J3, soit 27% des femmes, 9 enfants ont été ré-hospitalisés (2%)
- ✗ sur les sorties à J4, soit 15% des femmes, 13 enfants ont été ré-hospitalisés(6%)

La date de ré-hospitalisation s'échelonne entre J7 et J30.

Les trois motifs principaux sont :

- ✗ les pathologies digestives
- ✗ les pathologies infectieuses
- ✗ les malaises (fausse route, cyanose)

Il s'agit de problèmes qu'un **séjour plus long** n'aurait pas permis de dépister plus précocement. Les sorties précoces n'ont donc pas fait courir de risques médicaux supplémentaires aux nouveau-nés.

Nous n'avons pas de chiffres concernant les femmes.

II.1.3. En conclusion

Le taux de ré-hospitalisations infantiles, aux Etats-Unis, est assez important (7%) par rapport aux chiffres français, mais n'oublions pas qu'il s'agit d'une sortie ultra-précoce et 24 heures ne suffisent pas pour détecter une majorité de pathologies.

Par contre, les deux exemples français montrent un taux de ré-hospitalisation infantile faible à J3, environ 1,5%, ainsi qu'un taux de ré-hospitalisation maternelle très faible (0,1%). Ceci s'explique grâce au respect des conditions préalables -vues dans la première partie-, permettant ainsi de cibler les femmes et les nouveau-nés ne présentant pas de risques.

II.2. La diminution des coûts

II.2.1. Aux Etats-Unis

Du point de vue économique, les sorties à 24 heures sont source d'une franche diminution des coûts.

Sur la base d'une journée d'hospitalisation en maternité d'environ 3500 francs et d'un coût unitaire de visite d'infirmière à domicile de 600 francs, les

économies réalisées sont de plus de 500 000 \$ en deux ans, soit supérieures à 2,5 millions de francs.

II.2.2. A Gérardmer

L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) alloue un budget global à l'hôpital de Gérardmer, et celui-ci est divisé entre les services de chirurgie, de médecine et d'HAD.

Le budget pour l'HAD est calculé sur 500 journées d'hospitalisation pour une année. La journée d'HAD est estimée à 1628,23 francs, contre 2959 francs pour une journée en maternité.

A ce jour, il n'a pas été fait de calcul d'après les frais **réels** qu'engendre une journée d'hospitalisation en HAD.

Coût du séjour en maternité : $5 \times 2959 = 14\,796$ francs

Coût du retour précoce à domicile : $3 \times 2959 + 4 \times 1628 = 15\,390$ francs

L'HAD représente donc un surcoût financier de 594 francs.

II.2.3. A Montmorency

II.2.3.1. La réduction de journées d'hospitalisations

Près de 27% des accouchées sorties à J3, cela représente, en année pleine, sur la base de 1470 accouchements et d'une durée moyenne de séjour de 5 jours :

$397 \times 2 = 794$ journées d'hospitalisations en moins

555 femmes sont vues à domicile et sorties à plus de J3. Ces femmes seraient restées dans le service au minimum 3 à 4 jours de plus :

D'où $555 \times 3,5 = 1\,942$ journées

Nous estimons donc à environ 2736 journées d'hospitalisations le gain de cette structure à domicile, soit un équivalent financier de :

$$3000 \times 2736 = 5.826.000 \text{ Francs}$$

II.2.3.2. Les moyens matériels

Rémunération de deux sages-femmes : 260 647 francs x 2 = 521 294 francs

Amortissement des véhicules : 12 000 francs x 2 = 24 000 francs

Petit matériel (pharmacie, papeterie,...) : 3500 francs x 2 = 7000 francs

Essence : 7000 francs x 2 = 14 000 francs

Soit un total de **566 294 francs**

Nous pouvons donc conclure que cette expérience permet de réaliser **une économie d'environ 5.000.000 de francs sur un an.**

II.2.4. En conclusion

La diminution des coûts admet quelques nuances :

Lors d'une hospitalisation en post-partum, ce sont les premiers jours les plus onéreux. Même si l'on donne un prix global de revient à la journée, le prix des journées d'hospitalisations économisées, grâce aux sorties précoces, ne correspond pas vraiment.

Une réelle économie n'intervient que si on augmente l'activité ou que l'on diminue les moyens à activité constante.

- ✗ Aux Etats-Unis, il y a une réduction importante des coûts car il s'agit d'une sortie ultra précoce à 24 heures, avec un suivi peu intensif,
- ✗ A Montmorency, en plus d'une réduction des journées d'hospitalisation, ce système a permis une augmentation de l'activité du service,

✕ A Gérardmer, le prix de la journée en HAD est très élevé. Chaque HAD a ses propres tarifs, et Gérardmer est l'une des plus chères. De plus, cette formule n'a pas permis une augmentation de l'activité à la maternité de Remiremont. Dans ce cas, la diminution des coûts n'est pas l'argument de première intention, mais l'approche par les soins à domicile convient parfaitement au cadre géographique montagneux et aux conditions climatiques difficiles en hiver.

III.3. Humanisation du temps autour de la naissance

Nous savons que les sages-femmes sont des professionnelles qualifiées et que les soins qu'elles apportent sont de qualité mais ce qui est important dans le suivi à domicile c'est de savoir si les femmes y trouvent une satisfaction, un réconfort.

Nous allons répondre à cette question, grâce à un questionnaire diffusé auprès des femmes ayant bénéficié d'une sortie précoce.

TROISIEME PARTIE

ENQUETE AUPRES DES FEMMES QUI ONT BENEFICIE D'UNE SORTIE PRECOCE

I. OBJECTIF

L'objectif de cette recherche est d'évaluer la satisfaction des mères qui ont eu recours à une sortie précoce couplée à un suivi à domicile, ainsi que de recueillir leurs impressions.

II. LES CONDITIONS DE REALISATION

II.1. Population étudiée

Cette étude concerne des femmes ayant accouché à la maternité de REMIREMONT, entre septembre 1999 et décembre 2000.

Il s'agit de femmes qui sont sorties à J3 de la maternité, et qui ont été vues à domicile soit par les Sages-Femmes de L'HAD de GERARDMER,

soit par une Sage-Femme libérale Vosgienne.

Ont été exclues les femmes sorties à J3 sans leur enfant.

II.2. Le questionnaire

Le document comporte 34 questions organisées en 4 chapitres :

- ✗ Les quatre premières questions permettent de connaître un peu plus précisément le contexte socioculturel et familial,
- ✗ Les questions n°II.1 à II.3 concernent le déroulement de la grossesse et le suivi éventuel d'une préparation à la naissance,
- ✗ Les questions n°III.1 à III.11 portent sur l'accouchement, l'allaitement, et sur le séjour à la maternité,
- ✗ Les questions numérotées de IV.1 à IV.16 rendent compte du retour à la maison, l'appréhension et le soutien rencontré.

Le questionnaire est anonyme et aucune difficulté pour y répondre n'a été signalée. La majorité des questions sont des questions fermées, ce qui les rend plus faciles à répondre. Quelques-unes sont des questions ouvertes pour

recueillir les impressions des femmes et afin d'avoir plus de détails sur les éventuels problèmes rencontrés.

II.3. Réalisation de l'enquête

Le questionnaire a été distribué à deux catégories de femmes :

✗ **Les femmes suivies à domicile par l'HAD de GERARDMER.**

Soit 35 questionnaires distribués à domicile et tous me sont revenus.

✗ **Les femmes suivies à domicile par une Sage-Femme libérale vosgienne.**

Soit 14 questionnaires diffusés par envoi postal ; 1 seul questionnaire n'a pas été renvoyé.

II.4. Difficultés rencontrées

II.4.1. La faiblesse de l'échantillon

II.4.1.1. Pour l'HAD

Une enquête est réalisée régulièrement par l'HAD elle-même, auprès des femmes qu'elle a suivies, pour connaître le taux de satisfaction. De ces enquêtes, il ressort que très peu de femmes sont insatisfaites de ce système -une à deux femmes par an-. La dernière enquête a été distribuée en 1998 et en début d'année 1999, c'est pourquoi je n'ai remis mon questionnaire qu'aux femmes suivies à partir de septembre 1999, ce qui restreint l'échantillon.

II.4.1.2. Pour les Sages-Femmes libérales

Six sages-femmes libérales sont en relation avec la maternité de REMIREMONT et seulement quatre font des suites de couches à domicile. L'HAD couvrant un secteur assez large, les sages-femmes libérales suivent à

domicile deux à dix femmes par an, ce qui explique le peu de questionnaires diffusés auprès de ces femmes.

II.4.2. La distribution

La distribution et la collecte des questionnaires au domicile des femmes m'ont pris beaucoup de temps. En effet, la population étant surtout rurale avec des villages peu peuplés mais très étendus, il m'a été difficile de trouver des habitations souvent excentrées et isolées.

II.4.3. Diffusion du questionnaire à MONTMORENCY

Il me paraissait aussi intéressant d'avoir l'avis des femmes suivies à domicile par les sages-femmes de MONTMORENCY, mais la diffusion du questionnaire par envoi postal auprès des patientes ne m'a pas été autorisée.

II.5. Critique

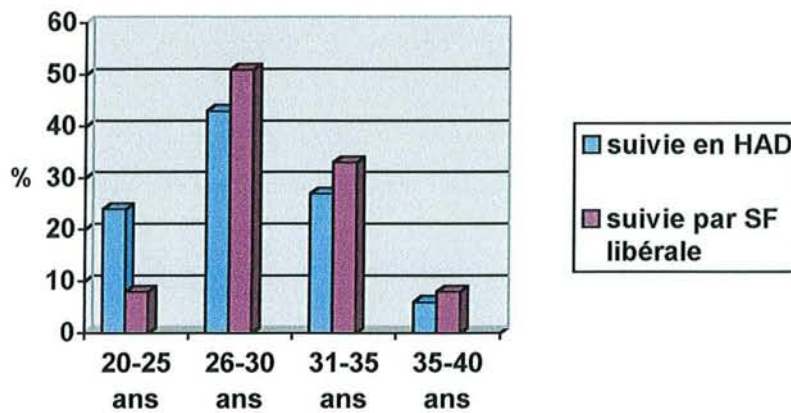
Cette étude n'a pas de valeur statistique car elle ne porte que sur un faible échantillon. En effet, elle est seulement le reflet d'une expérience locale, mais cette analyse me semble tout à fait utile pour servir de base de réflexion et pour mettre en évidence les impressions et les attentes des femmes.

III. EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE

III.1. Généralités

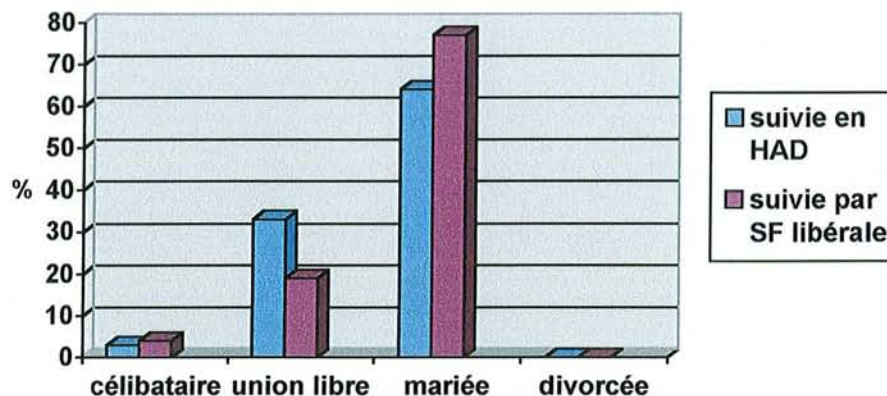
Age

Les accouchées se répartissent de la façon suivante :



La majorité des accouchées interrogées, suivies en HAD ou par une sage-femme libérale, ont entre 26 et 35 ans. La moyenne d'âge est assez élevée : 30,5 ans, ceci s'explique par une proportion de multipares majoritaire(62%) dans les populations étudiées.

Situation familiale

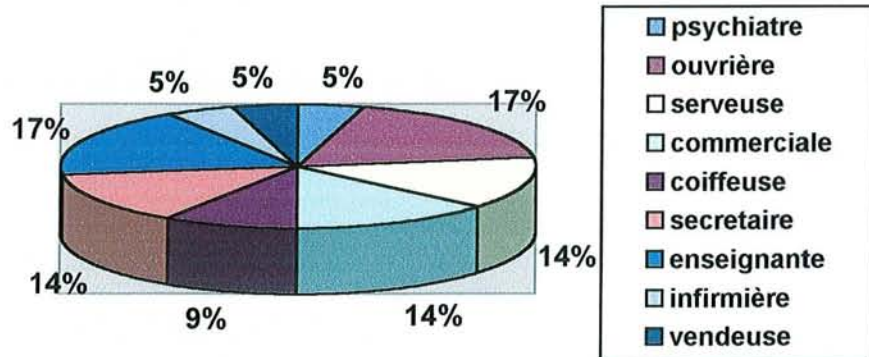


En ce qui concerne la situation familiale, deux femmes célibataires sont sorties précocement, une suivie en HAD et une suivie par une sage-femme libérale. Ces deux jeunes mères habitent encore chez leurs parents et ont pu être bien entourées lors de leur retour.

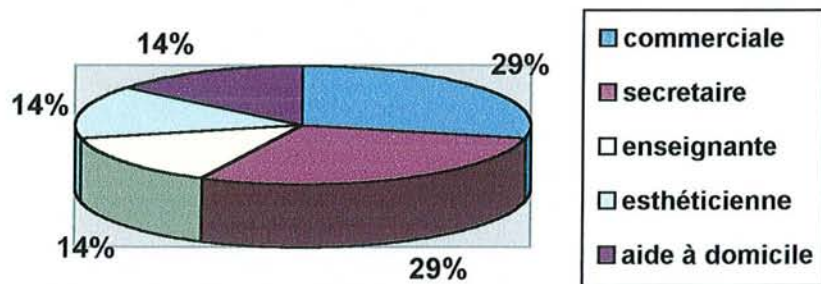
En général, la population est constituée de couples mariés ou vivant maritalement.

Profession

Profession des femmes suivies en HAD



Profession des femmes suivies par SF libérale



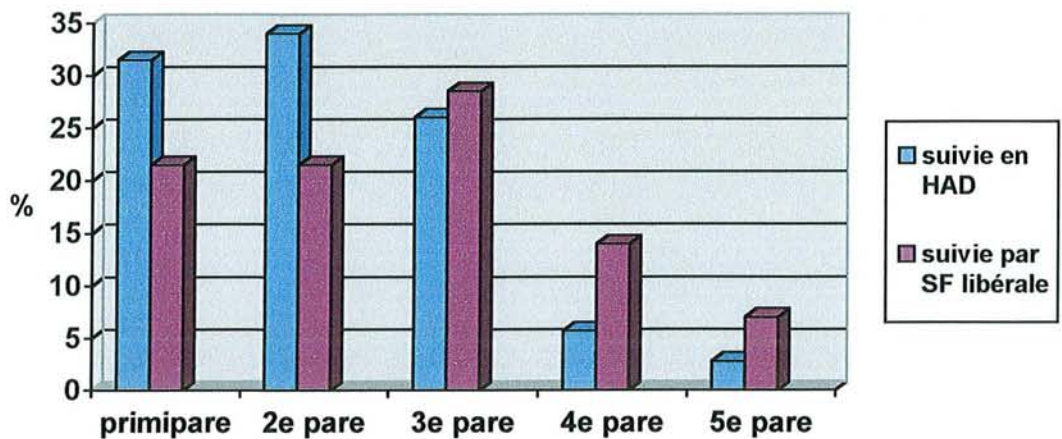
Pour les femmes suivies en HAD, 30,3% ne travaillent pas, contre 46,1% pour les femmes suivies par une sage-femme libérale.

Le milieu socio-économique est moyennement élevé.

Parité

Les femmes suivies en HAD se composent de 11 primipares soit 31% et les femmes suivies en libérales comportent 3 primipares soit 21,5%.

Les deux populations se composent plus précisément :



La majorité des femmes sont des multipares dans les deux populations, avec une prédominance de secondipares en HAD et une majorité de troisièmepares en libérale.

En effet, la présence d'autres enfants à la maison, surtout de bas âge, ^{est} et la raison la plus souvent invoquée par les femmes qui sortent précocement.

III.2. La grossesse

Le déroulement

En général, les deux populations trouvent que leur grossesse s'est bien déroulée. Seulement 14% des femmes ont eu quelques soucis :

- 5 femmes ont eu des contractions pendant la grossesse n'ayant pas entraîné d'hospitalisation,
- 1 femme a été hospitalisée en début de grossesse pour vomissements,
- 1 femme a été hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré modérée à six mois de grossesse.

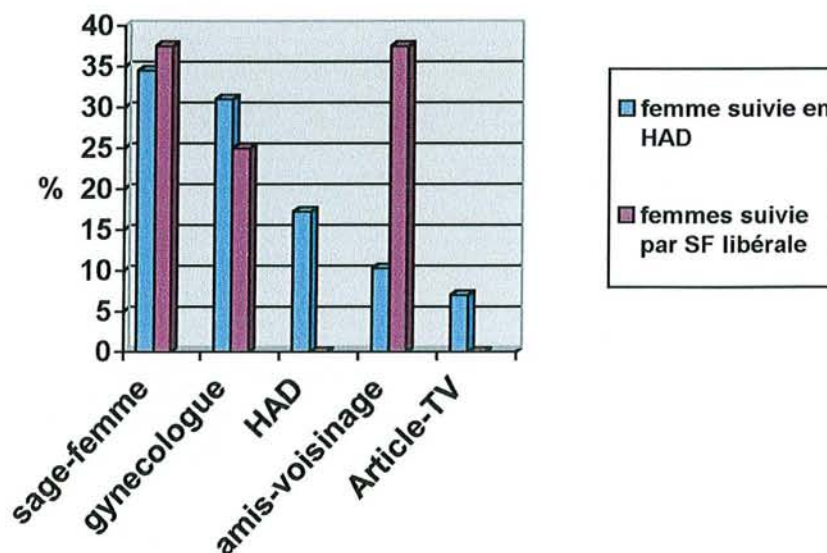
Ces pathologies n'ont pas compromis le bon déroulement de la grossesse ensuite, et n'ont pas été source de problèmes à l'accouchement et dans le postpartum.

Connaissaient-elles les SDC à domicile ?

	OUI	NON
Suivie en HAD	80 %	20%
Suivie par SF libérale	69%	31%

On s'aperçoit que les femmes suivies par l'HAD sont plus informées pendant leur grossesse sur les sorties précoces que les femmes suivies par une sage-femme libérale.

L'information vient :



Les femmes suivies en HAD sont plutôt informées par les professionnels de santé qui les suivent pour leur grossesse, ce qui prouve une coopération active entre les différents intervenants. En effet, l'HAD étant actuellement bien développée, sages-femmes et médecins informent les femmes, qui habitent dans le secteur de l'HAD, de cette possibilité. De plus, lorsque les femmes sont vues en HAD pendant leur grossesse, les sages-femmes de Gérardmer leur parlent de ce système.

Alors que près de 40% des femmes de la deuxième population sont au courant grâce aux amis et au voisinage.

La préparation à la naissance

✗ Femmes suivies par une sage-femme libérale

Seulement deux secondipares ont participé au cours de préparation ou PPO, soit 13% des femmes. Aucune des primipares ne s'est préparée.

Ces deux mères avaient déjà entendu parler des suites de couches (SDC) à domicile et ont abordé le sujet en PPO avec la sage-femme.

✗ Femmes suivies en HAD

Deux femmes sur cinq se sont préparées dont 57% de primipares.

Dans 80% des cas, la sage-femme a abordé les suites de couches à domicile en HAD lors des séances de PPO.

L'avis général des mères était favorable concernant les SDC à domicile, sauf pour une multipare qui était réticente à ce système durant sa grossesse, car elle pensait se reposer à la maternité.

Nous constatons donc que la PPO a un rôle important quant à l'information sur les SDC à domicile, et qu'elle n'est certainement pas assez développée.

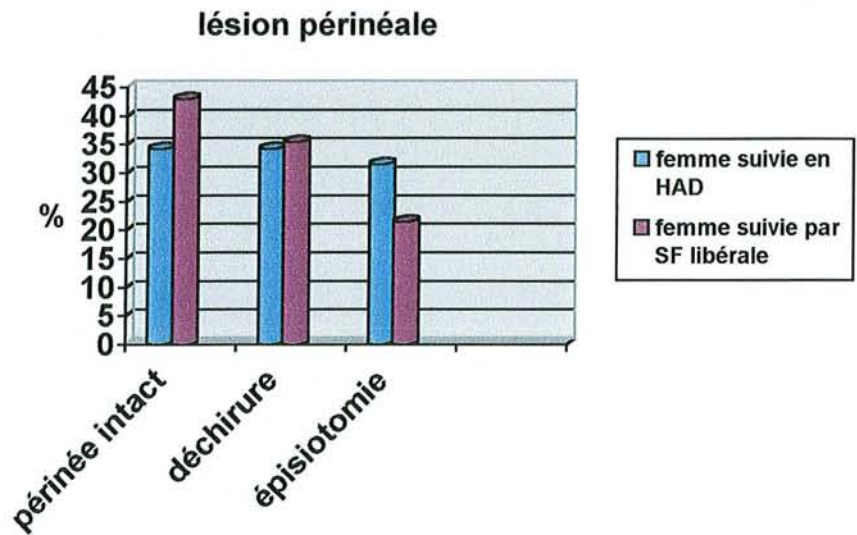
III.3. A la maternité

L'accouchement

Toutes les parturientes suivies en libérale ont accouché par voie basse spontanée.

Pour l'HAD, 6% des femmes ont eu une extraction instrumentale et 11% ont eu une césarienne, soit 83% de femmes ayant accouché par voie basse spontanée.

Nous constatons une **majorité d'accouchements eutociques**, avec une majorité de périnées intacts (38,6%) et de déchirures simples (34,9%).



On remarque une plus grande fréquence d'épisiotomies chez les femmes suivies en HAD, du fait de la proportion de primipares plus importante (31%).

L'allaitement

Pour les deux populations confondues, 50% des mères ont allaité. On pourrait penser que l'allaitement maternel n'encourage pas une sortie précoce car il intervient pendant la congestion mammaire, mais le fait d'être suivi à domicile par une même personne avec un même discours, est un argument souvent mis en avant par les mères.

Témoignage : Lorsque l'on pose la même question à deux personnes différentes, on obtient deux réponses différentes, j'étais perdue le premier jour.

Problèmes après l'accouchement

Pour les mères suivies en libérale :

- ✗ Une femme a eu de la fièvre après son accouchement mais n'a pas donné de précisions sur l'étiologie,
- ✗ un enfant a eu la clavicule cassée lors de l'accouchement.

Pour les femmes suivies en HAD :

- ✗ Un enfant a présenté un ictère léger d'après la mère,
- ✗ une femme a parlé d'un problème infectieux chez elle mais n'a pas précisé sa nature.

En général, les femmes et les enfants n'ont pas présenté de problèmes particuliers pendant le séjour à la maternité, mis à part quelques soucis bénins qui n'ont pas nécessité un séjour plus long.

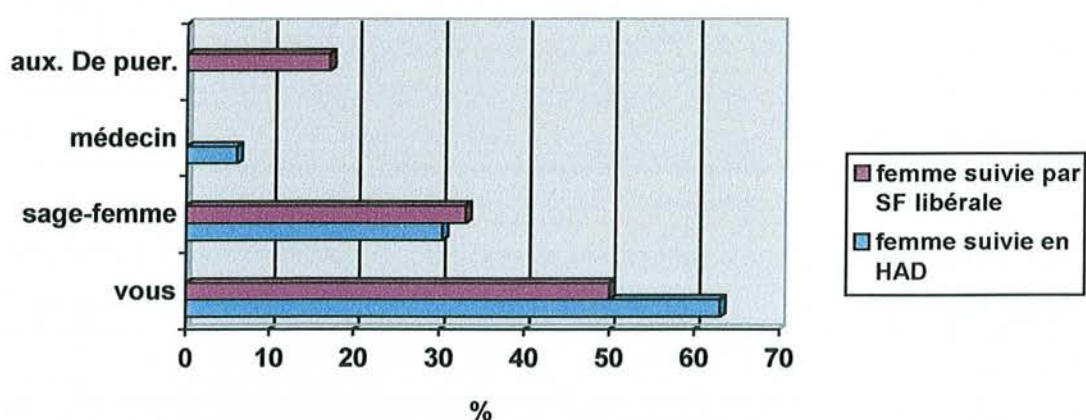
Le personnel

Une majorité de femmes des deux populations, soit 96% des mères, trouve que le personnel a répondu de manière satisfaisante à toutes leurs questions et qu'il était disponible.

Pour un retour à la maison réussi, le personnel doit bien encadrer la patiente et être disponible et présent durant son court séjour.

Cependant, une multipare reproche le manque d'uniformité dans le discours des soignants et une autre reproche un manque de conseils quant à l'allaitement, et pas assez de disponibilité du personnel.

Qui a proposé une sortie précoce ?



Nous constatons une forte demande des patientes à sortir précocement, en effet, 56,5 % des accouchées des deux populations réunies émettent le souhait de sortir plus tôt.

Ensuite, la proposition vient des sages-femmes pour 30,3% des femmes suivies en HAD et pour 33% des femmes suivies par une sage-femme libérale.

En effet, la sage-femme a un rôle d'information auprès des patientes et elle se doit de proposer une sortie précoce aux femmes qu'elle juge aptes.

Quelquefois, le gynécologue ou les auxiliaires de puériculture abordent la sortie précoce avant que la sage-femme ne le fasse, c'est le cas pour trois patientes.

Concernant les primipares des deux populations, elles sont environ 44% à avoir fait la demande elles-mêmes.

Témoignage : « J'y songeais sérieusement depuis mon deuxième enfant, je m'étais alors ennuyée à la maternité, j'avais l'impression d'être enfermée. »

Lorsque la sage-femme a proposé une sortie précoce

Pour les accouchées à qui la sage-femme a proposé de sortir plus tôt, il me paraissait intéressant de savoir si elles avaient été d'accord tout de suite ou si elles avaient hésité avant d'accepter.

Sur les 15 personnes concernées, une seule multipare suivie en HAD a d'abord hésité :

« Lorsque la sage-femme m'a demandé, j'ai d'abord refusé car je voulais me reposer à la maternité mais après une journée passée je me suis rendue compte que je serais plus tranquille chez moi, alors j'ai accepté »

Il est vrai que les journées à la maternité ne sont pas de tout repos.

Encadrement à la maternité

Toutes les femmes suivies en libérale ont, d'après elles, été bien encadrées à la maternité pour préparer leur retour à la maison.

Quant aux femmes de l'HAD, 9% d'entre elles pensent ne pas avoir été assez encadrées. Elles reprochent, pour la plupart, le manque d'intérêt qui leur a été porté ainsi que le manque de conseils pratiques pour le retour tels que la location d'un tire-lait, la prévention des crevasses.

Il est important d'anticiper les problèmes que les mères peuvent rencontrer à domicile et de leur donner les conseils adéquats. Cependant toutes les situations ne sont pas envisageables d'où l'importance de la sage-femme à domicile qui adapte ses conseils en fonction de chaque situation.

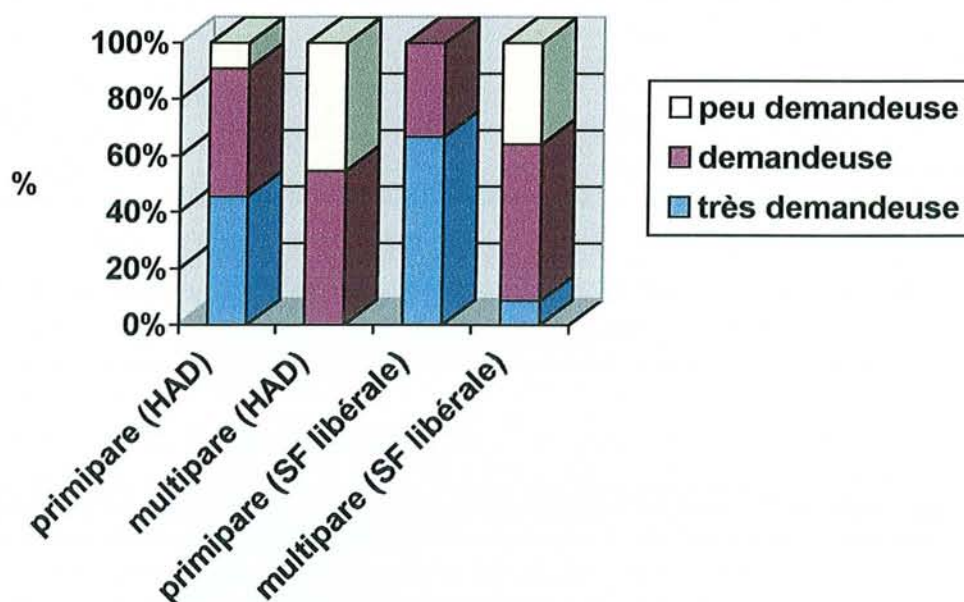
Trois jours à la maternité

Sur les 49 femmes interrogées, une primipare suivie en HAD pense que trois jours à la maternité ne suffisent pas pour être en confiance avec son enfant. Elle précise : « *De retour à la maison, j'avais peur de ne pas savoir faire les bons gestes avec mon enfant* »

L'apprentissage des gestes tels que la toilette, les positions d'allaitement, nécessite pour certaines femmes et notamment pour les primipares, plus de temps. Une fois encore, la sage-femme à domicile est là pour compléter cet apprentissage.

Les conseils

Sachant qu'elles sortaient plus tôt, les mères ont été vis-à-vis des conseils :



Il n'y a guère de différence entre les deux populations :

Les primipares sont plutôt très demandeuses vis-à-vis des conseils (56%), alors que les multipares sont seulement demandeuses (55%).

III.4. A la maison

Vous a-t-il manqué des explications ?

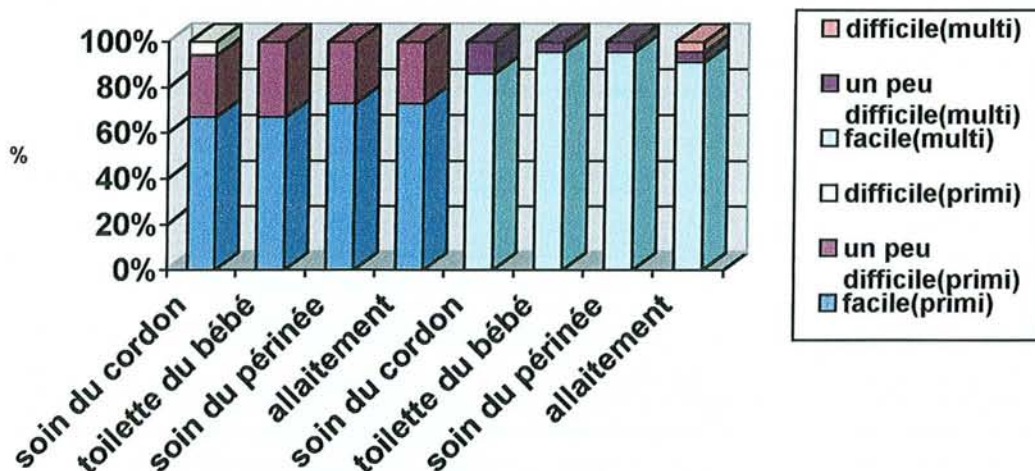
Une fois rentrée, aucune multipare n'a manqué de conseils ou d'explications pour être à l'aise avec son enfant.

Alors que deux primipares suivies en HAD, soit 18%, ont eu des soucis d'allaitement car le nouveau-né ne tétait pas bien aux seins.

La visite de la sage-femme à domicile permet de résoudre ce genre de soucis et comble au besoin le manque de conseils donnés à la patiente.

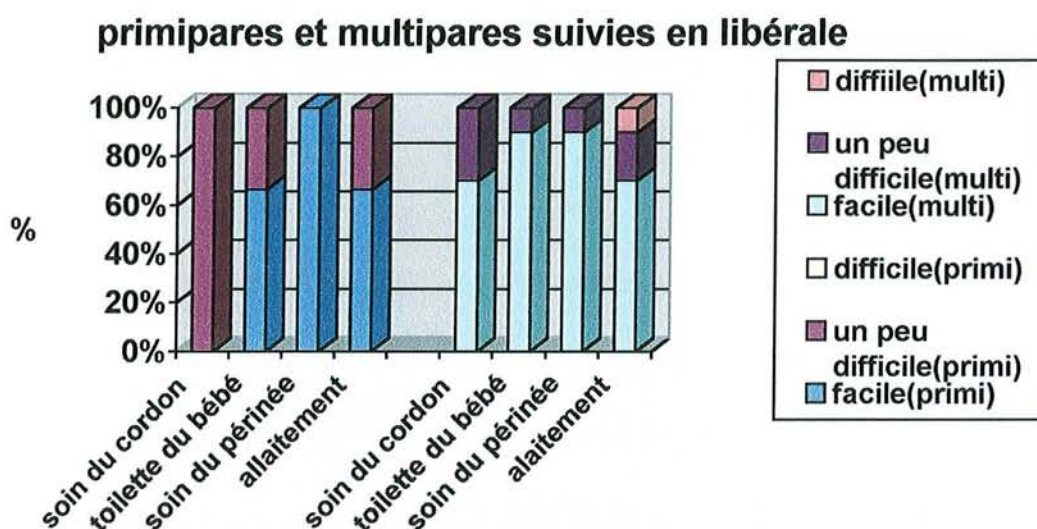
Les soins

primipares et multipares suivies en HAD



Pour 92% des multipares et 70% des primipares, les soins ont été faciles. Les expériences précédentes des multipares les ont rendues plus sûres d'elles.

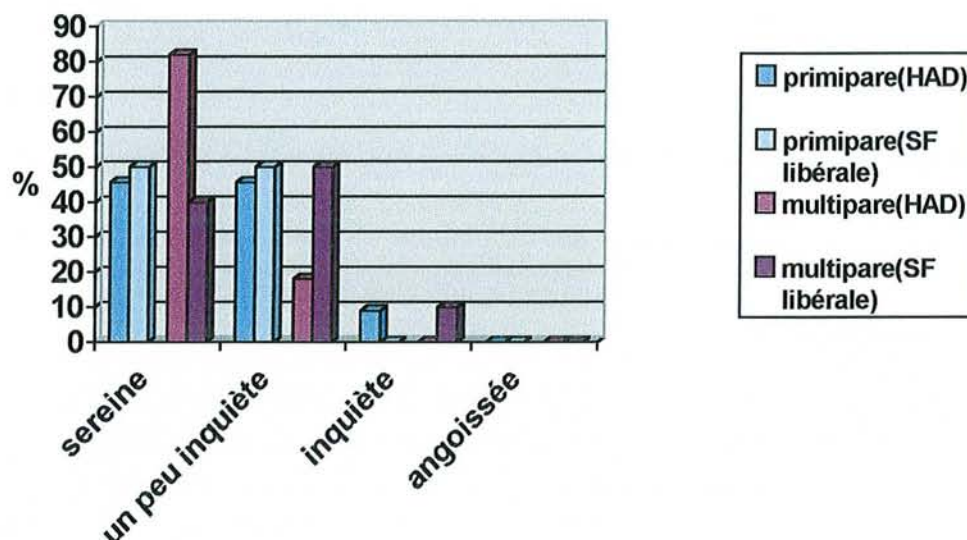
On note, chez 6% des primipares, des difficultés pour les soins du cordon. Bien souvent, le soin du cordon rebute les jeunes mères qui n'y sont pas habituées. L'allaitement a paru difficile pour une multipare qui a eu des crevasses puis un début de lymphangite.



Pour les trois primipares, les soins du cordon ont été un peu difficiles. Les soins du périnée ont été faciles pour 95% de ces femmes contre 85% des femmes suivies en HAD, ceci s'explique par une proportion plus importante de femmes, qui n'ont pas eu de lésions périnéales, chez les patientes suivies par une sage-femme libérale.

Nous ne constatons pas de grande différence, vis-à-vis des soins, entre les deux populations. Les soins ont été faciles à réaliser, pour la plupart des femmes.

Le retour



Au regard de l'analyse du questionnaire, il apparaît que les primipares appréhendent plus le retour à la maison que les multipares. Seulement 46% des primipares sont sereines à leur retour contre 62% des multipares. Leur(es) expérience(s) précédente(s) les a rendues plus sûres d'elles.

De plus, les multipares suivies en HAD semblent mieux vivre leur retour que les multipares suivies en libérale. Le mode de fonctionnement de l'HAD étant bien connu des patientes, celles-ci savent à l'avance que pendant quatre jours la sage-femme viendra à leur domicile, ce qui leur permet d'être plus sereines et plus confiantes.

Témoignage : « *Je savais que je serais suivie à la maison, j'étais plus confiante.* »

Nous constatons également que les mamans les plus entourées à la maison sont les plus sereines.

Baby-blues

A la question « Avez-vous connu, à la maison, une période d'instabilité d'humeur avec crise de pleurs ? », 33% des femmes, dans les deux populations,

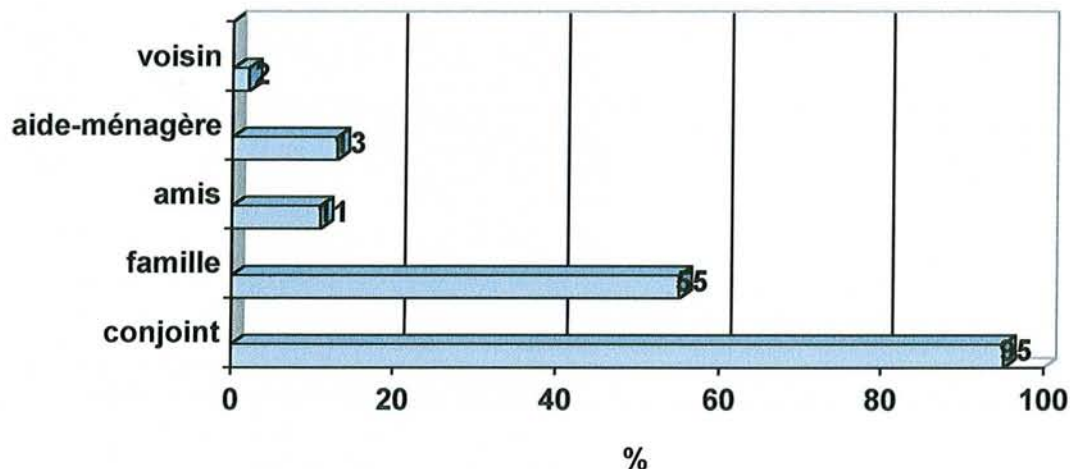
répondent OUI. D'après J. SALVAT (21), 50 à 70% des accouchées ressentent ce phénomène sans gravité. Nous constatons que ce taux est largement supérieur à celui rencontré. La résolution du baby-blues, généralement rapide et spontanée, est favorisée par une attitude chaleureuse et maternelle de l'entourage.

Pouvons-nous conclure que la présence de la sage-femme à domicile, pour épauler et pour aider face aux petits soucis de mise en route, est un des facteurs qui permet de mieux appréhender ce sentiment de vague à l'âme ?

Toutefois si le baby-blues doit intervenir, il est préférable qu'il s'exprime à la maison, la mère pourra davantage se confier auprès de la sage-femme pour évacuer sa tristesse.

Aide de l'entourage

Les deux populations ont été groupées pour cette question.
Bien souvent les présences sont multiples.



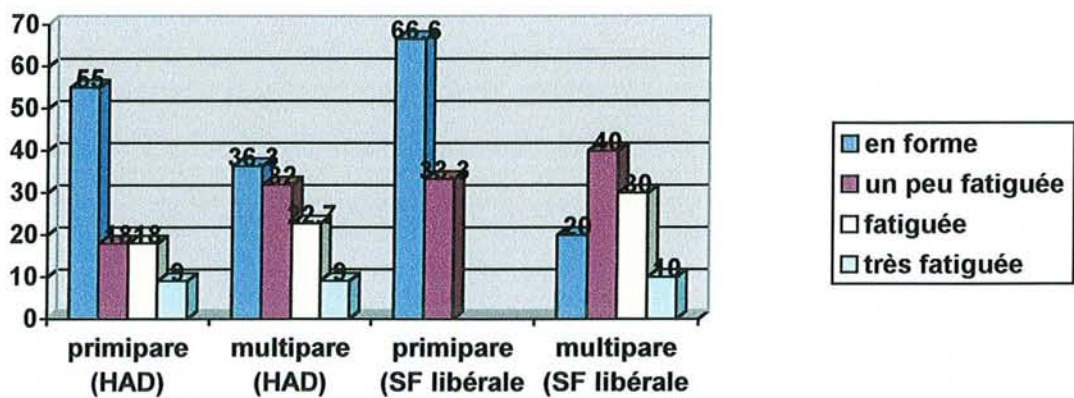
Les jeunes mères ne sont pas isolées, et chaque famille choisit le moyen d'aide qui lui convient le mieux.

Souvent les grands-mères viennent, après l'accouchement, passer quelques jours chez leur fille pour les aider.

Les conjoints qui ont pu retrouver leur femme et leur enfant sont très présents et participent activement aux soins post-natals. 95% des femmes sont aidées par leur conjoint.

Ainsi les suites de couches à domicile ne sont-elles pas un bon moyen d'inclure davantage le père ?

La fatigue

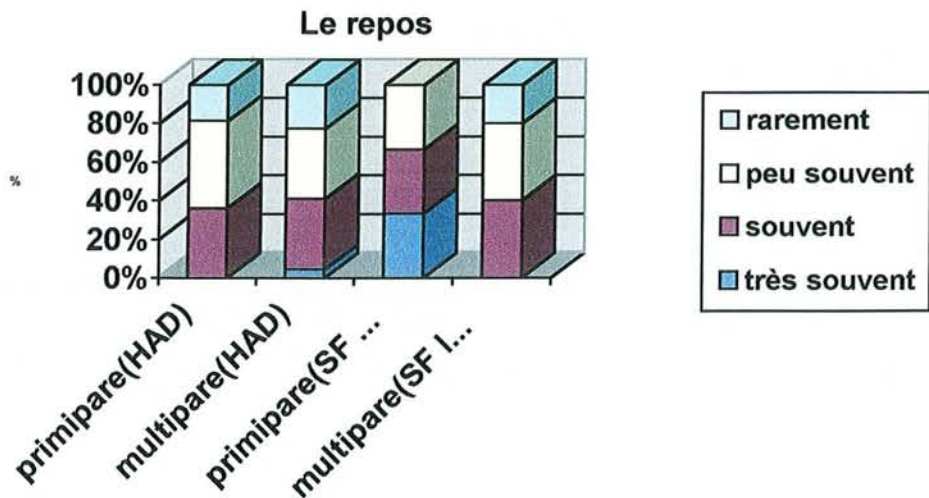


Les multipares sont plus fatiguées que les primipares, du fait de la présence des autres enfants dont il faut s'occuper.

55% des primipares sont en forme alors que seulement 28% des multipares le sont et 6% des primipares se disent fatiguées contre 26% pour les multipares.

De plus, on s'aperçoit que les multipares suivies en HAD sont moins fatiguées que les autres multipares. Ceci s'explique par la présence éventuelle d'une aide ménagère à domicile le temps du suivi en l'HAD, ce qui permet à la mère de se décharger des tâches ménagères et lui laisse plus de temps à partager avec son enfant.

Pourtant une majorité des mères soit 38,5% estime avoir peu souvent le temps de se reposer.

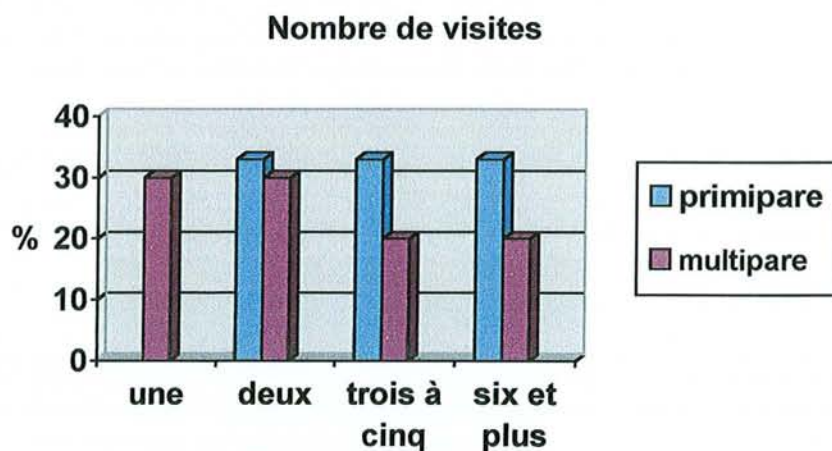


Plus d'un tiers des accouchées (36,3%) estime avoir souvent le temps de se reposer et 38,5% ont peu souvent le temps de se reposer. Seulement 15% des femmes se reposent rarement. Les primipares ne se reposent pas plus souvent que les multipares mais sont tout de même moins fatiguées.

Nous constatons encore une fois qu'il y a peu de différences entre les deux populations.

Le nombre de visites de la sage-femme

Pour les femmes suivies en HAD, les visites sont au nombre de huit, soit deux visites par jour pendant quatre jours. Pour les femmes suivies par une sage-femme libérale, le nombre de visites varie d'une patiente à l'autre.



Les primipares voient plus la sage-femme que les multipares.

30% des multipares n'ont besoin que d'une visite alors qu'aucune primipares n'a été vue qu'une seule fois.

En général les multipares ont eu entre une et deux visites de la sage-femme.

Les primipares ont eu entre deux et plus de six visites. En effet, elles ont besoin d'être plus rassurées, plus conseillées.

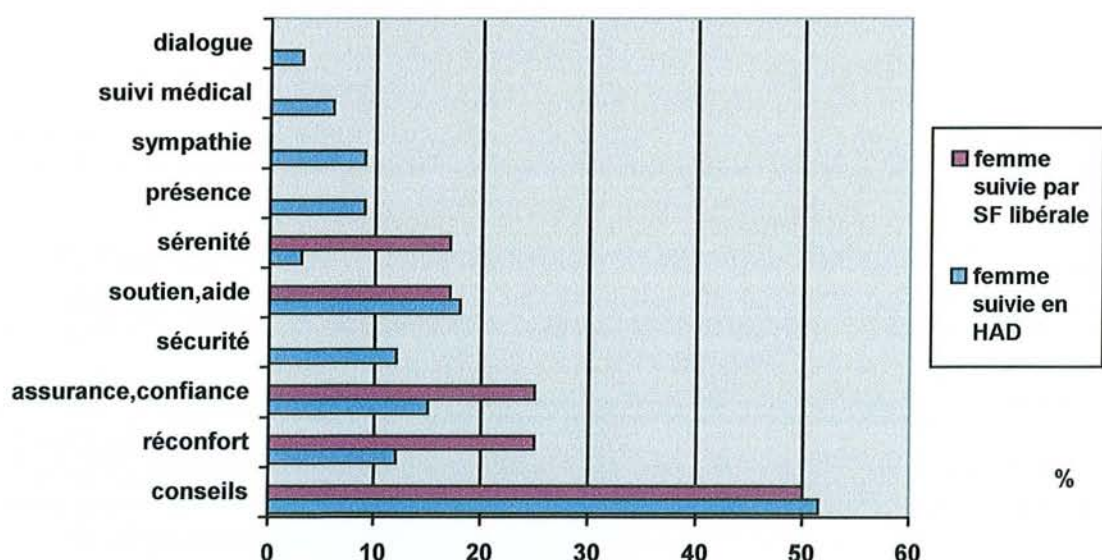
La visite de la sage-femme

Pour 97% des femmes suivies en HAD et pour 86% des femmes suivies en libérale, la visite de la sage-femme à domicile leur semble utile. En effet, même si les multipares ont déjà de l'expérience, la visite de la sage-femme n'a pas pour but de donner uniquement des conseils. La présence, le réconfort, le dialogue que la sage-femme peut apporter sont aussi importants.

Seulement une cinquième pare et deux troisième pares n'ont pas trouvé ces visites utiles.

Témoignage : « La sage-femme est plus proche de nous, plus disponible qu'à la maternité. »

Que vous a-t-elle apporté ?



Au vu des réponses, le rôle pédagogique de la sage-femme est largement mis en avant puisque pour 50% des femmes des deux populations réunies, la sage-femme leur a apporté des conseils, des réponses aux questions qu'elles se posaient.

Pour 25% des femmes suivies en libéral, la sage-femme leur a apportées du réconfort, ainsi que de l'assurance et de la confiance dans les gestes effectués avec leur enfant.

Pour 18% des patientes de l'HAD, la sage-femme leur a apporté une aide et un soutien.

Les rôles médical et pédagogique de la sage-femme sont importants mais ne sont pas tout. Le côté relationnel tient aussi sa place puisque 18% des femmes des deux populations évoque le réconfort, 4,5% la présence, 4,5% la sympathie, que la sage-femme leur a apportées.

A cette question, une primipare répond : **TOUT !**

Vous a-t-elle fourni des explications que l'on ne vous avait pas données à la maternité?

42,5% des patientes de l'HAD et 41,5% des patientes suivies en libéral ont eu des explications de la part de la sage-femme à domicile qu'elles n'avaient pas eu à la maternité.

En fait, la sage-femme complète souvent les conseils déjà donnés à la maternité et les adapte plus particulièrement à la situation rencontrée.

Les explications portent le plus souvent sur l'allaitement, pour 50% d'entre elles, sinon elles concernent l'enfant, sur sa position au lit, la température de la chambre, son habillement, sa prise de poids.

Plusieurs femmes n'ont pas précisé sur quoi portaient les explications.

Avez-vous abordé des questions que vous n'aviez pas osées poser à la maternité?

Le climat de confiance installé lors des visites à domicile est propice au dialogue et aux confidences. Il permet d'aborder des sujets assez intimes. C'est pourquoi, 25% des femmes suivies en libéral et 21% des femmes suivies en HAD ont abordé des sujets avec la sage-femme à domicile dont elles n'ont pas osé parler à la maternité.

Les questions les plus fréquentes concernent la contraception et surtout la reprise des rapports sexuels. Ce ne sont pas des thèmes toujours faciles à aborder et le séjour à la maternité n'est quelquefois pas le moment idéal pour en parler.

Besoin d'un médecin

Quatre femmes seulement, sur les 48 interrogées, ont fait appel à un médecin après leur retour à domicile, soit 8% des patientes des deux populations.

Pour trois femmes, il s'agissait de problèmes sans rapport avec les suites immédiates de l'accouchement et du post-partum.

Les trois motifs de consultations étaient : une grippe, une éruption cutanée et un problème digestif.

Cependant, une femme, suivie en libérale, a consulté pour une lymphangite suite à des crevasses, mais n'a pas arrêté d'allaiter son enfant.

La lymphangite est apparue après les visites de la sage-femme, et un séjour de deux à trois jours de plus à la maternité n'aurait peut-être pas empêché cette pathologie.

Quelques jours de plus à la maternité

18% des primipares, dont une seule suivie en libéral, et 13% des multipares pensent que quelques jours de plus à la maternité les auraient mieux aidées pour leur retour à domicile, ce qui ne les empêche pas pour 95% d'entre elles de rechoisir ce mode de sortie pour un prochain accouchement.

En effet, même si quelques jours de plus les auraient mieux aidées, le fait de retrouver son conjoint, ses enfants, sa vie familiale et ses habitudes est un bénéfice bien plus important.

Rechoisiriez-vous ce mode de sortie pour un prochain accouchement?

Au vu de cette question, nous pouvons répondre que la plus grande majorité des femmes ont apprécié la formule des suites de couches à domicile, car sur les deux populations confondues le taux de satisfaction est de 93%, soit 45 femmes qui rechoisiraient ce mode de sortie lors d'un nouvel accouchement.

Pour les patientes qui n'ont pas été entièrement satisfaites:

-Une 5^{ème} pare suivie en HAD précise *« Il est nécessaire de passer quelques jours de plus à la maternité pour en sortir reposée et partir du bon pied »*

Il est aisément compréhensible que la présence de quatre enfants à la maison est très fatigante.

-Une primipare de 22 ans qui n'a pas précisé la raison de sa réponse.

-Une secondipare qui a répondu « peut-être », car elle redoute déjà le travail supplémentaire d'un nouvel enfant à la maison et se reposerait peut-être plus volontiers à la maternité quelques jours de plus. Elle précise : *« Chez soi, on travaille toujours »*

Nous pouvons conclure avec ce témoignage d'une secondipare :

« Mon plus grand regret est d'avoir perdu sept jours à la maternité pour mon premier enfant ! »

IV. ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

IV.1. La population

Les patientes ayant bénéficié des suites de couches à domicile, que ce soit avec l'HAD ou avec une sage-femme libérale, présentent des caractères similaires.

Elles ont entre 26 et 35 ans, ce sont des femmes équilibrées, vivant harmonieusement leur vie de couple et de parents. Elles ont eu une grossesse et un accouchement sans particularités. Leur séjour à la maternité s'est bien déroulé tant sur le plan physique, avec un post-partum sans anomalies majeures pour elles et pour leur enfant, que sur le plan psychique.

Elles sont, en général, peu angoissées et très entourées lors du retour à domicile. Même si ces femmes sont pour la plupart à l'aise avec leur enfant, la visite de la sage-femme leur a été utile.

IV.2. Les Points forts

IV.2.1. Points forts des deux systèmes

IV.2.1.1. Combat l'isolement montagnard

Les structures médicales, autour de GERARDMER, sont peu nombreuses. Il n'y a qu'à REMIREMONT ou à SAINT-DIE, voire EPINAL où les femmes peuvent consulter un gynécologue ou un pédiatre.

L'éloignement et la localisation des établissements médicaux sont un facteur d'exclusion, de plus, il faut tenir compte de l'accès plus ou moins difficile avec un réseau routier plutôt sinueux et étroit.

Ce système combat l'isolement dont sont « victimes » certaines familles vosgiennes.

IV.2.1.2. La satisfaction maternelle

D'après cette étude, la satisfaction maternelle est de 93%.

Donc notre hypothèse de départ quant à l'humanisation du temps autour de la naissance est justifiée. Les patientes ont pu mieux vivre leur retour à la maison en bénéficiant de conseils personnalisés.

Les multipares ont été très enthousiastes concernant cette solution de retour précoce à la maison, car elles ont pu retrouver rapidement leur(s) aîné(s). Près de 80% des multipares ont évoqué cet avantage.

IV.2.2. Points forts de l'HAD

Les avantages offerts par l'HAD sont nombreux.

IV.2.2.1. Le confort matériel

✗ La patiente dispose quotidiennement du même matériel que si elle était restée hospitalisée, c'est-à-dire tout le matériel de puériculture (couches, coton, pèse-bébé, compresses, lait si l'allaitement est artificiel), et les produits pharmaceutiques

✗ La sage-femme prend rendez-vous, pour l'examen obligatoire du 8^{ème} jour de l'enfant, auprès du médecin traitant, qui se déplace à cette occasion.

✗ En fonction des besoins de chaque famille, une aide ménagère à domicile est proposée. Elle est assurée par convention avec l'Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées (ADAPA). Elle permet aux mères de se décharger des tâches ménagères le temps du suivi en HAD, et de se consacrer pleinement à son enfant.

IV.2.2.2. Le suivi par une même équipe

L'activité pluridisciplinaire des sage-femmes de l'HAD, les amène parfois à revoir des femmes qu'elles ont préparées à l'accouchement et/ou qu'elles ont

vu à domicile pendant leur grossesse lors de monitoring de surveillance et/ou qu'elles reverront peut-être lors de séances de rééducation périnéale.

De plus, pour tout renseignement ou toute inquiétude de la femme en dehors des visites, il existe une ligne téléphonique à l'HAD et c'est la sage-femme qui répond.

IV.2.3. Points forts des sages-femmes libérales

IV.2.3.1. Un suivi modulable

Les visites à domicile peuvent s'échelonner sur sept jours, ce qui correspond à un laps de temps confortable pour la mère et lui permet une adaptation tout en douceur.

De plus, les visites ne sont pas systématiquement quotidiennes, mais elles sont modulables au cas par cas, ainsi une primipare pourra être vue tous les jours si elle le demande, alors qu'une multipare qui a plus d'expérience aura des visites moins rapprochées.

Pour certaines femmes, l'intrusion d'une personne deux fois par jour à domicile n'est pas toujours facile à accepter, et est considérée comme dérangement. Elles préféreront des visites plus espacées.

IV.2.3.2. Un suivi par la même personne

Les accouchées suivies en HAD voient, en général, deux sages-femmes différentes, il est rare que les huit visites soient faites par la même sage-femme. Lors du suivi par une sage-femme libérale, toutes les visites sont faites par elle, ce qui est très rassurant pour les femmes, car elles ne se demandent pas quelle sage-femme elle verra le jour même, et le discours est entièrement uniforme.

IV.2.3.3. Le coût

Le coût d'une visite est de 190 francs, à ceci se rajoute les frais de déplacement calculés en fonction du nombre de kilomètres effectués.

Le coût maximum, que peuvent avoir ces visites, se calcule sur la base d'une visite par jour pendant sept jours, ce qui revient à 1330 francs, plus les frais de déplacement.

Comparé à l'HAD, ce prix de revient est très faible.

IV.4. Les points faibles

IV.4.1. Point faible de l'HAD

D'après notre étude, le système d'hospitalisation à domicile a très peu de points faibles, hormis son coût relativement élevé.

En effet, en regardant les prix de journée des autres HAD en France, avec des chiffres datant de 1994, on s'aperçoit que l'HAD de Gérardmer est la plus chère (cf. annexe n°2). Comme nous l'avons vu, le prix d'une journée d'hospitalisation est calculé sur une base de 500 journées d'hospitalisation par an avec le budget de la dotation globale alloué à Gérardmer. Nous pouvons penser que ce tarif est élevé en raison de la situation montagnaise avec des conditions de circulation difficiles en hiver sur des routes étroites et sinueuses ainsi que le secteur d'activité étendu avec un accès aux domiciles pas toujours facile

IV.4.2. Point faible des sages femmes libérales

Si le coût des visites est très faible, en contre partie la sage-femme libérale n'apporte aucune aide matérielle à la patiente. La sage-femme amène une balance lors des visites à domicile mais n'apporte pas le petit matériel nécessaire aux soins de l'enfant.

IV.5. Le point de vue des sages-femmes

Les cinq sages-femmes que j'ai rencontrées à Gérardmer et à Montmorency, effectuent des visites à domicile depuis au moins quatre ans.

Avant cela, elles ont toutes travaillé durant plusieurs années en milieu hospitalier. En effet, elles expliquent clairement que l'expérience professionnelle et la technicité des actes, acquises dans les services de maternités, sont essentielles pour assurer un suivi de bonne qualité et ainsi, être vigilantes quant au dépistage des pathologies.

Les sages-femmes avouent également que leur rythme de travail est moins astreignant et moins stressant que le mode de gardes en 12 heures, voire 24 heures, couramment utilisé en maternité. Mais, pour elles, cet avantage favorise avant tout, une meilleure prise en charge de la patiente ainsi qu'une meilleure qualité relationnelle. De plus, les contraintes horaires étant moins présentes qu'en milieu hospitalier, la sage-femme adapte son temps de visite en fonction de chaque patiente.

Une phrase est revenue souvent lors des discussions avec les sages-femmes : « *On se donne le temps* ». On se donne le temps de discuter avec la femme et le couple, d'écouter leurs craintes, leurs interrogations. On se donne le temps de participer aux soins de l'enfant, ainsi se nouent de nouveaux rapports avec la patiente. Les sages-femmes trouvent cet aspect de la profession valorisant, car le travail est plus approfondi, les conseils sont adaptés à chaque femme et la sage-femme retrouve ainsi sa place au sein de la famille. Une sage-femme précise : « *Il m'est arrivé d'avoir une réelle complicité avec des femmes, ce qui arrive moins souvent à la maternité.* »

De plus, l'activité pluridisciplinaire des sages-femmes de Gérardmer, que nous avons vu précédemment, leur permet d'avoir une pratique assez large de leurs compétences professionnelles.

Enfin, pour les sages-femmes hospitalières et celles de l'HAD, les sorties précoces leur permettent de devenir « semi-libérales », tout en leur assurant un travail régulier et rémunéré.

CONCLUSION

Les sorties précoces de maternité répondent à la demande d'une proportion importante de patientes.

La réussite de ce système dépend avant tout du désir des femmes et du couple, car une sortie précoce est bien vécue lorsqu'elle est voulue et non imposée, et elle dépend également de la qualité du suivi assuré après la sortie de la maternité.

Après cette étude, il ressort que la sécurité d'une telle attitude a été prouvée. En effet, les sorties précoces ne font pas courir plus de risques à la mère et à l'enfant, lorsqu'elles sont réalisées dans de bonnes conditions.

De plus, que le suivi soit effectué par une sage-femme libérale ou par une sage-femme de l'HAD, cette solution est très appréciée des mères vosgiennes avec un taux de satisfaction de 93%.

Seules les conséquences économiques ne sont pas encore très nettes. Une sortie précoce n'est pas toujours synonyme d'économies pour les établissements hospitaliers ou pour les systèmes de santé car à l'hôpital, les actes et les coûts sont concentrés au début du séjour.

Je pense que grâce au suivi à domicile, la sage-femme retrouve pleinement sa place au sein de la famille, et que cette pratique peut permettre une certaine revalorisation du travail de la sage-femme, un accroissement de l'activité libérale et un renouveau au sein de la profession.

Les sorties précoces de maternité restent actuellement peu étendues et surtout concentrées en région parisienne. Ne serait-il pas souhaitable de généraliser cette pratique dans d'autres régions et ainsi d'en faire bénéficier toutes les mères qui le désirent ?

TABLE DES MATIERES

HOMMAGE.....	p.3
REMERCIEMENTS.....	p 4
SOMMAIRE.....	p 5
PREFACE.....	p 7
INTRODUCTION.....	p 8
1^{ère} PARTIE : LES SORTIES PRECOCES.....	p 9
I. DEUX FORMULES EXISTENT.....	p 10
I.1. Une formule traditionnelle.....	p 10
I.2. Une nouvelle formule.....	p 10
II. UNE PRATIQUE DE PLUS EN PLUS COURANTE.....	p 10
I.1. Aux Etats-Unis.....	p 11
I.2. En Angleterre.....	p 11
I.3. En Hollande.....	p 11
I.4. En France.....	p 12
III. LES CONDITIONS PREALABLES.....	p 12
III.1. Présence d'un organisme de suivi à domicile adapté.....	p 12
III.2. Du point de vue médical.....	p 12
III.3. Du point de vue de la femme.....	p 13
III.4. Du point de vue des soignants.....	p 14
IV. LES TROIS ENJEUX ESSENTIELS.....	p 15
IV.1. La diminution des coûts.....	p 15
IV.1.1. <i>Les difficultés financières de la Sécurité Sociale.....</i>	<i>p 15</i>
IV.1.1.1. <i>Les grandes lois hospitalières.....</i>	<i>p 15</i>
IV.1.1.2. <i>La hausse des dépenses de santé.....</i>	<i>p 16</i>
IV.1.2. <i>Alternatives à l'hospitalisation.....</i>	<i>p 17</i>
IV.2. Humanisation du temps autours de la naissance.....	p 17

IV.3. Sécurité de la mère et de l'enfant.....	p 21
IV.3.1. Les difficultés rencontrées après la naissance.....	p 21
IV.3.2. Les situations à risque.....	p 22
IV.3.3. Le rôle de la sage-femme.....	p 24
IV.3.3.1. Un rôle médical.....	p 24
IV.3.3.2. Un rôle pédagogique.....	p 26
IV.3.3.3. Un rôle de femme.....	p 26
<u>2ème PARTIE : LE RETOUR A DOMICILE.....</u>	p 27
I. LES STRUCTURES DE RELAIS.....	p 28
I.1. Les Sages-Femmes Libérales.....	p 28
I.1.1. Dans le cadre d'un suivi global.....	p 28
I.1.2. Dans le cadre d'une sortie précoce.....	p 28
I.2. L'hospitalisation à domicile ou HAD.....	p 29
I.2.1. Définition.....	p 29
I.2.2. Historique.....	p 29
I.2.3. L'HAD de GERARDMER.....	p 29
I.2.3.1. Sa création.....	p 29
I.2.3.2. Son fonctionnement.....	p 30
I.2.3.3. L'activité en suites de couches depuis 1992.....	p 31
I.2.3.3. L'entrée en HAD.....	p.32
I.2.3.4. La sortie d'HAD.....	p 33
I.3. Les Sages-Femmes hospitalières.....	p 33
I.3.1. La mise en place.....	p 33
I.3.2. Son organisation.....	p 34
I.3.2.1. A la maternité	p 34
I.3.2.2. A domicile.....	p 35
I.4. Et la PMI ?.....	p.36
I.4.1. Définition.....	p.36
I.4.2. Activité de la puéricultrice.....	p.36
II. LES TROIS ENJEUX SONT-ILS RESPECTES ?.....	p.37
II.1. La sécurité de la mère et du nouveau-né.....	p.37

II.1.1. Aux Etats-Unis.....	p.37
II.1.2. A Gérardmer.....	p.38
II.1.3. A Montmorency.....	p.38
II.1.4. En conclusion.....	p.39
II.2. La diminution des coûts.....	p.39
II.2.1. Aux Etats-Unis.....	p.39
II.2.2. A Gérardmer.....	p.40
II.2.3. A Montmorency.....	p.40
II.2.3.1. La réduction de journées d'hospitalisations.....	p.40
II.2.3.2. Les moyens matériels.....	p.41
II.2.4. En conclusion.....	p.41
II.3. Humanisation du temps autour de la naissance.....	p.42

3ème PARTIE : ENQUETE AUPRES DES FEMMES QUI

ONT BENEFICIE D'UNE SORTIE PRECOCE..... p 43

I. L'OBJECTIF.....	p 44
II. LES CONDITIONS DE REALISATION.....	p 44
II.1. Population étudiée.....	p 44
II.2. Le questionnaire.....	p 44
II.3. Réalisation de l'enquête.....	p 45
II.4. Difficultés rencontrées.....	p 45
II.4.1. La faiblesse de l'échantillon.....	p 45
II.4.1.1. Pour l'HAD.....	p 45
II.4.1.2. Pour les sages-femmes libérales.....	p 45
II.4.2. La distribution.....	p.46
II.4.3. Diffusion du questionnaire à MONTMORENCY.....	p.46
II.5. Critique.....	p.46
III. EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE.....	p.46
III.1. Généralités.....	p.46
III.2. La grossesse.....	p.49
III.3. A la maternité.....	p.51
III.4. A la maison.....	p.56

IV. ANALYSE DU QUESTIONNAIRE.....	p.66
IV.2.2.1. <i>Confort matériel.....</i>	<i>p.67</i>
IV.2.2.2. <i>Le suivi par une même équipe.....</i>	<i>p.67</i>
IV.2.3. <i>Points forts des sages-femmes libérales.....</i>	<i>p.68</i>
IV.2.3.1. <i>Les visites modulables.....</i>	<i>p.68</i>
IV.2.3.2. <i>Le suivi par une même personne.....</i>	<i>p.68</i>
IV.2.3.3. <i>Le coût.....</i>	<i>p.69</i>
IV.3. Les points faibles.....	p.69
IV.3.1. <i>Points faible de l'HAD.....</i>	<i>p.69</i>
IV.3.2. <i>Points faibles des sages-femmes libérales.....</i>	<i>p.69</i>
IV.4. Le point de vue des sages-femmes.....	p.70
CONCLUSION.....	p.71
TABLE DES MATIERES.....	p.72
BIBLIOGRAPHIE.....	p.76
ANNEXES.....	p.80

BIBLIOGRAPHIE

Articles et périodiques

- (1) BAETENS D., HOUZIAUX O.
Les sorties précoces de maternité
Profession Sage-Femme, n°39, 1997,31-34
- (2) BAUDUIN D., BOUHAFS A., GIBOT R. OLIVIER C.
Les puéricultrices de PMI et la fracture sociale
Journal de pédiatrie et de puériculture, n°7, 1997, 423-428
- (3) BLANCHARD M-C., TEURNIER F.
Le séjour en maternité inférieur à trois jours, un progrès pour qui ?
Les dossiers de l'obstétrique, n°263, 1998, 6-10
- (4) BOULVAIN M., VENDITTELLI F.
Sortie hospitalière précoce dans le post-partum
Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, vol.26,
n°7, 1997, 679-686
- (5) BRUMFELD C.G et coll.
24-hour mother-infant discharge with a follow-up home health visit:
results in a selected Medicaid population
Obstet.Gynecol., 1996, 88,544-548

- (6) CHADEL S., PREVOT L., ECLANCHER F.
 La PMI aujourd'hui
 Cahier de la puéricultrice, n° 121, 1994, 7-19, 86-90

- (7) CHADEL S., COUTUREAU E., ECLANCHER F., GUILBERT A.
 Puéricultrices et PMI : une évolution parallèle, une dynamique du futur
 Cahier de la puéricultrice, n° 128, 1995, 4-8

- (8) DEERRE D.
 Maternités : par ici la sortie !
 Abstract gynécologie bimensuel, n°76, 1997,7-8

- (9) ENGELMANN P., GUERIN V., LANBA P., FONTAINE A., VAUTRIN E.
 Durée de séjour en maternité après un accouchement normal : des points
 de vue divergents
 Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, vol.29,
 n°1, 2000, 94-101

- (10) FRANCO A., GUYOT F., LIVACHE B.,MALINAS Y., RACINET C.
 Hospitalisation à domicile après l'accouchement
 La presse médicale, vol.18, n°42, 1989, 16-23

- (11) LE FLOCH E.
 Retour précoce à domicile du nouveau-né : les conseils à donner aux
 mères
 Le quotidien du médecin, n°6564, 1999, 29

- (12) NISSAN I.
 Démédicaliser ou humaniser ?
 Les dossiers de l'obstétrique, n°213, 1994, 15

- (13) THIEUX M.
Hospitalisation à domicile
Les dossiers de l'obstétrique, n°237, 1996, 3-15
- (14) WALDENSTRÖM U.
Fatigue and emotional reaction in the post-partum period
J. psychosom Obstet Gynecol, 1988
- (15) BLONDEL B., GAREL M., BREART G., SUREAU C.
La sortie précoce des femmes après l'accouchement
Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, 1983,
12, 457-460

Mémoires

- (16) MANGEOT S.
Le point sur les maternités de proximité en lorraine
Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, 1999
- (17) SIMONIN S.
Pour le retour à la maison : bilan des suites de couches à domicile
Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, 1995

Conférences

- (18) FAUQUET E.
Les suites de couches à domicile : L'expérience de MONTMORENCY
51^{ème} Journée Post-Universitaire, 1999

- (19) THIEBAUGEORGES O., HUBERT C.

La sortie précoce de suites de couches : aspects obstétricaux et pédiatriques.

Rencontres Nancéiennes de Gynécologie-Obstétrique, 2000

Ouvrage

- (20) LAROQUE P.

Les institutions sociales de la France, 1963

Internet

- (21) SALVAT J.

Atelier de Gynécologie du 27-01-1999. CH Thonon-les-bains

ANNEXE 1

ENQUETE

Je suis étudiante en 4^é année à l'école de Sages- femmes de NANCY et je réalise un mémoire de fin d'études dont le thème est <<Les sorties précoces de maternité après un accouchement et le suivi à domicile>>

Vos réponses à ce questionnaire qui suit me seront d'une aide précieuse, afin d'évaluer la satisfaction des mères qui ont bénéficié des suites de couches à domicile. D'avance, je vous remercie de votre sincérité et du temps précieux que vous consacrerez pour répondre à ce questionnaire.

Anne GERARDOT

I. GENERALITES

1. Quel est votre âge ?

2. Quelle est votre situation familiale ?

célibataire	☐
union libre	☐
mariée	☐
divorcée	☐

3. Exercez-vous une profession ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, laquelle ?

4. Est-ce votre premier enfant ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, combien d'enfants avez-vous déjà ?

II. LA GROSSESSE

1. Votre grossesse s'est-elle bien déroulée ?

OUI ☐ NON ☐

Si NON, pour quelles raisons ?

2. Aviez-vous déjà entendu parler des Suites de Couche (SDC) à domicile ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, par qui ?

3. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, au cours des séances, vous a-t-on parlé des SDC à domicile et qu'en avez-vous pensé ?

.....

III. A LA MATERNITE

1. Avez-vous accouché par :

- ☐ Voie basse spontanée
- ☐ Voie basse par forceps ou ventouse
- ☐ Par césarienne

2. Y-a-t-il eu :

- ☐ Episiotomie
- ☐ Déchirure
- ☐ Périnée intact

3. Allaitiez-vous ?

OUI ☐ NON ☐

4.Y-a-t-il eu un problème particulier pour vous ou votre enfant après
l'accouchement ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lequel ?.....

5.Lors de votre séjour, a -t-on répondu de façon satisfaisante à toutes vos
questions ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, expliquez.

6.Le personnel était-il disponible pour répondre à vos questions ?

OUI ☐ NON ☐

7.Qui a proposé une sortie précoce ?

Vous ☐ La Sage- Femme ☐ Autre ☐.....

8.Si la Sage- Femme vous l'a proposée, avez-vous été d'accord tout de suite ?

OUI ☐ NON ☐

Pourquoi ?.....

9.Pensez-vous avoir été bien encadré à la maternité pour préparer votre retour à
la maison ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, pourquoi ?

10.Pensez-vous que trois jours à la maternité ont suffi pour que vous soyez-en
confiance avec votre enfant ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, pourquoi ?

11.Sachant que vous sortiez plus tôt, avez-vous été, vis-à-vis des conseils :

Très demandeuse ☐

Demandeuse ☐

Peu demandeuse ☐

IV. A LA MAISON

1. Une fois rentrée, vous a-t-il manqué des explications, des conseils pour être à l'aise avec votre enfant ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lesquels ?

2. Les soins du cordon ont-ils été :
Faciles ☐
Un peu difficiles ☐
Difficiles ☐

La toilette du bébé a-t-elle été :
Facile ☐
Un peu difficile ☐
Difficile ☐

Les soins du périnée ont-ils été :
Faciles ☐
Un peu difficiles ☐
Difficiles ☐

L'allaitement au sein ou au biberon a-t-il été :
Facile ☐
Un peu difficile ☐
Difficile ☐

3. A votre retour à la maison, vous vous sentiez :

Sereine ☐
Un peu inquiète ☐
Inquiète ☐
Angoissée ☐

4. Avez-vous connu, durant les jours qui ont suivi votre accouchement,
une période d'instabilité d'humeur avec crises de pleurs (Baby-Blues) ?

OUI ☐ NON ☐

5. Qui, dans votre entourage, vous a aidé à votre retour ?

Votre mari, conjoint ☐

Votre famille ☐

Vos amis ☐

Le voisinage ☐

Autre ☐

Personne ☐

6. Vous sentez-vous : En forme ☐

Un peu fatiguée ☐

Fatiguée ☐

Très fatiguée ☐

7. Avez-vous le temps de vous reposer ? Très souvent ☐

Souvent ☐

Peu souvent ☐

Rarement ☐

8. Combien de fois le Sage- femme est-elle venue vous voir à domicile ?

Une fois ☐

Deux fois ☐

Trois à cinq fois ☐

Six fois et plus ☐

9. Pensez-vous que la visite d' une Sage- femme après votre retour vous a été
utile ?

OUI ☐ NON ☐

10. Que vous a-t-elle apporté ?

.....
.....

11. Vous a-t-elle fourni des explications que l'on ne vous avait pas donné à la maternité ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lesquelles ?

12. Avez-vous abordé des questions que vous n'aviez pas osé poser à la maternité ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lesquelles ?

13. Avez-vous eu besoin de faire appel à un médecin ou à l'hôpital après votre retour ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, pourquoi

14. Pensez-vous que quelques jours de plus à la maternité vous auraient mieux aidé pour votre retour à domicile ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, pourquoi

15. Rechoisiriez-vous ce mode de sortie pour un prochain accouchement ?

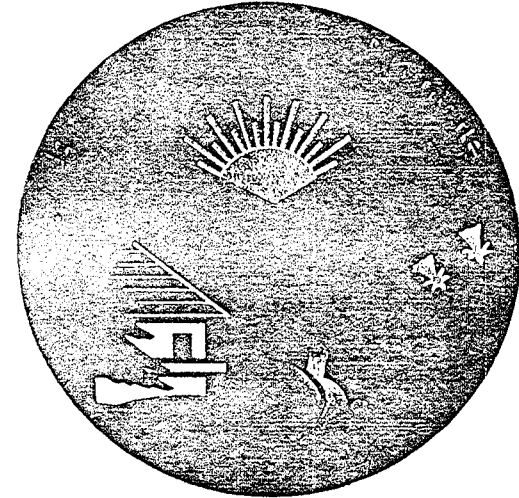
OUI ☐ NON ☐

Si NON, pourquoi

16. Avez-vous un message à faire passer ?

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

ANNEXE 2



HOSPITALISATION A DOMICILE

*Diffusion : chez les medecins generalistes et
à la Maternité de Remiremont -*

A l'attention des futures mamans :

Deux jours après la naissance de votre bébé,
vous pouvez, si vous le désirez, rentrer à la maison et
bénéficier d'une "surveillance à domicile".

HOSPITALISATION A DOMICILE

SUITES DE COUCHES

REGLEMENT INTERIEUR - INFORMATION

I-DEFINITION

Le service H. A D propose aux mères qui le désirent la possibilité de rentrer chez elles, 3 jours après l'accouchement et de bénéficier des prestations décrites ci- après. Le fonctionnement de ce service implique une étroite collaboration entre les différents partenaires : les médecins généralistes, l'équipe obstétrico- pédiatrique du Centre Hospitalier Général de REMIREMONT, les sages-femmes du Centre Hospitalier de GERARDMER, la sage-femme et l'assistante sociale du secteur, l'assistante sociale du C H G de REMIREMONT.

Ce service Hospitalisation à Domicile Suites de Couches est un service du Centre Hospitalier de GERARDMER fonctionnant par convention avec la Maternité du Centre Hospitalier de REMIREMONT.

il s'adresse aux mères accouchant au CHG de REMIREMONT et habitant les communes de :

-GERARDMER, XONRUPT, LIEZEY, CORCIEUX, GRANGES.

- Vallée de la Cleurie : LE THOLY, LA FORGE, CLEURIE, SAINT AME, LE SYNDICAT

- Vallée de la Moselotte : VAGNEY, THIEFOSSE, SAULXURES SUR MOSELOTTE, CORNIMONT, LA BRESSE

- SAPOIS, GERBAMONT, ROCHESSON, BASSE DE RUPT.

A condition qu'il n'y ait pas de contre-indications médicales mère-enfant, sous la responsabilité médicale de l'équipe obstétrico- pédiatrique de REMIREMONT, les sages-femmes de l'H A D GERARDMER proposent aux accouchées qui le souhaitent les prestations ci-après :

II PRESTATIONS OFFERTES :

- Sortie à J3 de la mère et de son enfant,
- Prise en charge 4 jours consécutifs, de J3 à J7, des soins à la mère et au nouveau-né, assurés deux fois par jour par la sage-femme du service.

- Information du médecin généraliste à l'entrée, à la sortie du service et en cas de pathologie
- Une Aide Ménagère à domicile assurée par convention par l'A D A P A, sera proposée en fonction des besoins de chaque famille,
- Liaison téléphonique pour les urgences,
- Réhospitalisation en service gynéco et ou pédiatrique en cas de besoin.
- Prise en charge de transports sanitaires si ceux-ci sont nécessaires,
- Le matériel (lait, balance, couches ...) et la pharmacie sont pris en charge par le service comme à la maternité,
- La visite par le médecin traitant pour l'établissement du Premier examen de Santé Obligatoire du Nouveau-Né,
- L'information de l'assistante sociale des services P. M. I.

III CONDITIONS D'ADMISSION

L'admission en H A D est proposée par les médecins traitants, les obstétriciens et les sages-femmes au cours des visites prénatales et des séances de préparation à l'accouchement. Après ce premier contact, la famille rencontrera la sage-femme de l'H A D qui l'informera des conditions nécessaires à son admission .

La sage-femme de l'H A D doit apprécier les conditions du retour en étroite collaboration avec tous les partenaires autour de la Naissance (médecins traitants, obstétriciens, pédiatres, P. M. I. assistantes sociales hospitalières et de secteur).

Le jour de la naissance, la sage-femme de l'H A D , informée par le service Maternité de REMIREMONT, rencontrera à nouveau la mère pour préparer l'admission dans son service.

IV DROITS ET OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE DU SERVICE

- a) Le bénéficiaire admis en H A D s'engage
- à suivre le traitement prescrit,
 - à recevoir le personnel de l'équipe.
 - à respecter le matériel mis à disposition

- b) Le personnel s'engage :
- à respecter la famille,
 - à respecter le secret professionnel,
 - à constituer un dossier médical tenu régulièrement à jour pour chacun des intervenants à domicile,
 - à faire une réunion de synthèse hebdomadaire pour réaliser une évaluation permanente de l'activité du service.

V LA SORTIE DU SERVICE H A D :

Elle est prononcée par le Directeur du Centre Hospitalier de GERARDMER sur proposition du Chef de Service et en accord avec le médecin traitant. La visite de sortie de la mère et du N-Né sera effectuée par la sage-femme. L'examen du 8ème jour (premier examen obligatoire de santé du Nouveau-Né) sera effectué par le médecin traitant de la famille.

Le dossier médical est archivé dans le service gynéco-obstétrique de REMIREMONT.

C E N T R E H O S P I T A L I E R

D E G E R A R D M E R

H O S P I T A L I S A T I O N A D O M I C I L E

D O S S I E R

H O S P I T A L I S A T I O N A D O M I C I L E

O B S E R V A T I O N C L I N I Q U E C O N C E R N A N T :

N O M :

P r é n o m :

N ° d u d o s s i e r :

HOSPITALISATION A DOMICILE

DOSSIER SUITES DE COUCHES

MATERNITE DE REMIREMONT	Entrée n°
-------------------------	-----------

Médecin hospitalier	Tél.
---------------------	------

Médecin traitant	Tél.
------------------	------

Etiquette d'identification

	P E R E au foyer ☐ oui ☐ non	M E R E ☐ mariée ☐ sépar ☐ célibataire
Année de naissance		
Profession		
Pays d'origine		
Taille et poids		
Groupe et rhésus		
ANTECEDENTS médicaux chirurgicaux familiaux		

P A S S E O B S T E T R I C A L

[illegible]

M E R E

NOM

PRENOM

Parité

Gestation

GrEn

Déroulement de la grossesse

Toxo.

Hépatite

Rubéole

Déroulement accouchement le

Transfusion

Aide à l'expulsion

Péridurale

A. G.

Épisiotomie

Délivrance

Allaitement

LES TROIS PREMIERS JOURS

1 ER JOUR :

2 EME JOUR :

3 EME JOUR :

(partie à remplir par l'obstétricien)

SORTIE LE :

CONSIGNES :

Fils à ôter le :

TRAITEMENT :

AUTRES :

SIGNATURE

J 3

SeinsUtérusLochiesPérinéeJambesUrinesTransit

Personne présente à domicile

Examens

J 4

SeinsUtérusLochiesPérinéeJambesUrinesTransit

Personne présente à domicile

Examens

J 5

SeinsUtérusLochiesPérinéeJambesUrinesTransit

Personne présente à domicile

Examens

J 6

SeinsUtérusLochiesPérinéeJambesUrinesTransit

Personne présente à domicile

Examens

J 7

Examen de sortieSeinsUtérusLochiesT.V.JambesExamens

RESUME H. A. D.

Examens

ENFANT

NOM

Prénom

Né le

Pds Naissance

PC

PT

Taille

Gr Rh

Apgar

Allaitement

Lait

LES 3 PREMIERS JOURS

1er J

2è J

3è J

Partie à remplir par le pédiatre

Sorti le

CONSIGNES - TRAITEMENT

Autres

Signature

J 3

J 4

ExamensSellesUrinesOmbilicBainAlimentationRemarquesExamensSellesUrinesOmbilicBainAlimentationRemarques

J 5

J 6

ExamensSellesUrinesOmbilicBainAlimentationRemarquesExamensSellesUrinesOmbilicBainAlimentationRemarques

J 7

RESUME H. A. D

Examens

EXAMEN DU 8ème jour

SellesUrinesOmbilicBainAlimentationRemarquesExamens

HEURES DE GARDES

H.A.D. de GERARDMER

Centre Hospitalier GERARDMER

Secrétariat Médical

☎ 03.29.60.29.11.

Bureau Sages-femmes : Mesdames André Brigitte, Heim Laurence, Lausecker Marie-Pierre

☎ 03.29.60.29.45.

Du lundi au vendredi
8h à 12h et 14h à 17h
Pour rendez-vous et renseignements
Sauf Urgences

Centre Hospitalier de REMIREMONT

☎ 03.29.23.41.41.

Du lundi au vendredi
12h à 14h et 17h à 8h00

Maternité Bloc : Poste 4065

et en cas d'urgence

Pédiatrie Néo-Natalogie

☎ 03.29.23.41.73

Du samedi 8h00 au lundi 8h00
et jours fériés.

Après avoir pris connaissance du règlement intérieur concernant l'hospitalisation à domicile, je m'engage à respecter les différentes conditions pour bénéficier de ce service.

A,

le

Les suites de couches à domicile

Les suites de couches à domicile

Comparaison des suivis à domicile

H.A.D. de	DATE DE CREATION	MATERNITES DESSERVIES	PRIX DE JOURNEE*	COMMUNES DESSERVIES	NOMBRE DE SAGES-FEMMES	PRE-PARTUM POST-PARTUM	HORAIRES	PREMIER CONTACT	RELATIONS S-F / MATERNITE	TRANSPORT	PRELEVEMENTS	FOURNITURE DE MEDICAMENTS	MONITORAGE	NOMBRE DE PASSAGES	AUTRES ACTIVITES	INTERVENANTS A DOMICILE					
																Infir. D.E.	Aide ménag.	Kiné	Ditéticienne	Ass. Sociale	Généraliste
A.P. PARIS	1978 préc. 1987 post.	18 Paris + P.C. 8 principales	H.A.D. 528 F Mater. 3.559 F	Paris Petite Couronne	Pré : 6+1 surveill. Post : 17 S.F. libér.	oui > 12 s. oui	8h 19h Perm. Tél. nuit. Renvol/service	Infirmière coordinatrice	Tél. + visites Présence staff	V.S.L. ambulances	Par Infirmière, secteur H.A.D.	oui remb. ordon. par H.A.D.	oui + T.M.F.	2x/semaine à quot. (pré.)	Présence au staff	oui + A.S. si besoin	2h/jour et plus si besoin	oui	oui	oui	oui
GRENOBLE	1983 préc. 1985 post.	Grenoble + environs	/	Grenoble + environs	4 Sages-Femmes	oui > 28 s. oui	8h 20h puis S-F mater. d'origine	Pré : A.S. d'H.A.D. Post : S-F H.A.D.	Présence staff 1 f./sem.+pass. pour dossiers	V.S.L., taxis ambulances	Par S-F ou Infirmière H.A.D.	oui remb. ordon. par H.A.D.	oui	2x/semaine à quot. (pré.)	Présence au staff	oui	oui	non	non	oui	oui (si prise en charge)
COURBEVOIE	juin 1990	1: Courbevoie	H.A.D. 419,15 F Mater. 2.083 F	Courbevoie + environs	2 Sages-Femmes	oui > 28 s. oui	8h30 17h puis S-F de garde	S.F. d'H.A.D.	3 pass./jour	V.S.L.	S-F d'H.A.D.	oui	oui	Quotidien	Prép. à la naiss. Prép. en piscine Sophrologie Consultations Echographies Visites	/	épisodes	non	non	non	non
POISSY	juin 1993	1: Poissy	H.A.D. 542 F Mater. 2.702 F	Poissy + environs	2 Sages-Femmes	oui oui	8h30 17h puis S-F de garde	S.F. d'H.A.D.	Plusieurs pass./jour	/	S-F d'H.A.D.	oui	oui	Quotidien	Consultations Echographies	non	non	non	non	non	non
GERARDMER	mars 1992	1: Remiremont Proj.: St Dié Epinal	H.A.D. 1.113,75 F	Gérardmer + 20 km alentour	3 Sages-Femmes (2 postes)	oui oui	8h30 16h30	S.F. d'H.A.D.	Tél. quot.+ pass. pour contacts patientes	V.S.L. ou ambulances	S-F d'H.A.D.	oui	oui	Quotidien et bi-quot. post.	Consultations Prép. à la naiss. Monitoring	non	oui	non	non	non	non
AUTRES SUIVIS A DOMICILE																					
P.M.I.	/	1 à plusieurs secteurs public-privé	S-F salariée DDASS	Secteur	1 à plusieurs par département	oui non except.	8h30 16h30 sauf week-end	Téléphone	Téléphone + présence staff Passage	Prise en charge par la patiente	Inf. lib. ou laboratoire	Prise en charge par la patiente	/	1 à 3 fois/ semaine pas le W.E.	Consultations Planning	secteur (puéricultrice, assistante sociale, aide ménagère, éducateur) autres libéraux pris en charge par la patiente					
SAGES- FEMMES LIBERALES	/	Toutes si S.F. dans secteur	Base Sec.Soc. suites de couches V+C= 131 F	Toutes si S.F. dans secteur	1 à plusieurs	oui oui	libres	Téléphone	Téléphone Présence staff Passage	Prise en charge par la patiente	Inf. lib. ou laboratoire	Prise en charge par la patiente	oui pour certaines	libre poss. le W.E.	Cabinet, cours prép., rééduc. périn., accou. à dom. ou autre	autres libéraux pris en charge par la patiente aide ménagère : prise en charge C.A.F. ou Commune dans certains cas					
MONTMORENCY	1992	1: Montmorency	Non comptabilisée S.F. salariée	Autour de l'hôpital	1	non oui	8h30 18h30 plus week-end	Dans le service	Passages dans le service	Prise en charge par la patiente	Inf. lib. ou laboratoire	Prise en charge par la patiente	Postnatal	libre quotid. 1j ou 2 ou 3	/	autres libéraux pris en charge par la patiente aide ménagère : prise en charge C.A.F. ou Commune dans certains cas					
SANTÉ SERVICE																					
VILLENEUVE ST GEORGES	1991	idem	690 F	Autour mater. suivant le secteur de la S.F. libérale	± 15 Sages-Femmes	non oui	Journée S.F. libérale, Tél. 24/24h secteur de Santé Service	Surveillante S.F. du service puis infirmière coordinatrice de Santé Service. Premier et dernier contact	par Santé Service Téléphone +rencontres	pris en charge (retour domicile) + V.S.	par S.F. convention avec labo., fourniture petit matériel	/	/	Accouchement J2 ou J3 : 5 visites Césarienne J3 ou J4 : 8 visites	Sages-Femmes libérales	Infirmière : oui, 2 fois systématique aide ménagère : oui, si demande assistante sociale : oui, si besoin généraliste : oui, si besoin					
PONTOISE	début 1994	idem	690 F	Autour mater. suivant le secteur de la S.F. libérale	2 + 2 (en préparation)	non oui	Journée S.F. libérale, Tél. 24/24h secteur de Santé Service		par Santé Service Téléphone +rencontres	pris en charge (retour domicile) + V.S.	par S.F. convention avec labo., fourniture petit matériel	/	/		Sages-Femmes libérales	Infirmière : oui, 2 fois systématique aide ménagère : oui, si demande assistante sociale : oui, si besoin généraliste : oui, si besoin					
MEULAN	mars 1994	idem	690 F	Autour mater. suivant le secteur de la S.F. libérale	2 Sages-Femmes	non oui	Journée S.F. libérale, Tél. 24/24h secteur de Santé Service		par Santé Service Téléphone +rencontres	pris en charge (retour domicile) + V.S.	par S.F. convention avec labo., fourniture petit matériel	/	/		Sages-Femmes libérales	Infirmière : oui, 2 fois systématique aide ménagère : oui, si demande assistante sociale : oui, si besoin généraliste : oui, si besoin					
ETAMPES	janvier 1994	idem	690 F	Autour mater. suivant le secteur de la S.F. libérale	2 S.F. libérales (anciennement salariées de l'hôpital)	non oui	Journée S.F. libérale, Tél. 24/24h secteur de Santé Service		à domicile : Infirmière Santé Service du secteur	par Santé Service Téléphone +rencontres	pris en charge (retour domicile) + V.S.	par S.F. convention avec labo., fourniture petit matériel	/		/	Sages-Femmes libérales	Infirmière : oui, 2 fois systématique aide ménagère : oui, si demande assistante sociale : oui, si besoin généraliste : oui, si besoin				
LAGNY	/	idem	690 F	Autour mater. suivant le secteur de la S.F. libérale	/	non oui	Journée S.F. libérale, Tél. 24/24h secteur de Santé Service		par Santé Service Téléphone +rencontres	pris en charge (retour domicile) + V.S.	par S.F. convention avec labo., fourniture petit matériel	/	/		Sages-Femmes libérales	Infirmière : oui, 2 fois systématique aide ménagère : oui, si demande assistante sociale : oui, si besoin généraliste : oui, si besoin					

*Prix de journée de
l'année en cours

ANNEXE 3

Service de Gynécologie-Obstétrique Chef de Service : Docteur CLEOPHAX
Hôpital de MONTMORENCY
Feuille de suivi SUITES DE COUCHES A DOMICILE

NOM : N° dossier
PRENOM :
Date de Naissance : Sortie le : à J
☎ :
☑ : Pavillon :
Immeuble :
Interphone : Etage :
Code n° : Porte :

ANTECEDENTS NG NP

SEROLOGIES /Gr-Rh : Bw HiV Hbs Rai Hbc
Toxoplasmose : Rubéole :

Déroulement de la grossesse :

Résumé de l'accouchement :

Déroulement du Post-partum : Tx Hg :

Traitement

Edwige FAUQUET, sage-femme
Chantal JEUNET, sage-femme

HOSPITALISATION DE L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :
Poids de naissance :

Sorti(e) le :
Poids de sortie :

Allaitement Maternel :

Artificiel :

Guthrie fait le :

Ictère :flash :

Photothérapie :

Clofibrate :

Traitement
Prescription
Surv. Part :

SF	Visite n°	Date	J
Surveillance maternelle		Surveillance pédiatrique :	
Seins :		Poids	
		Température :	Cordon :
Globe utérin :		Alimentation :	
Lochies :		Selles :	
Périnée :		Rejets, vomissements :	
Mollets :		Ictère :	
SFU :	Transit	Relations M-E :	
EG :		Observations :	
		:	

SF	Visite n°	Date	J
Surveillance maternelle		Surveillance pédiatrique :	
Seins :		Poids	
		Température :	Cordon :
Globe utérin :		Alimentation :	
Lochies :		Selles :	
Périnée :		Rejets, vomissements :	
Mollets :		Ictère :	
SFU :	Transit	Relations M-E :	
EG :		Observations :	
		:	

ANNEXE 4



LA PUÉRICULTRICE DE P.M.I.

La puéricultrice de P.M.I. joue essentiellement un rôle de prévention et d'éducation auprès des familles pour le bien-être des enfants.

Elle intervient :

- à domicile ;
- dans les centres de P.M.I. ;
- dans les établissements scolaires : écoles maternelles.

Son objectif est de promouvoir, maintenir, restaurer la santé de l'enfant dans son milieu, tout en veillant à ne pas se substituer aux parents, aux médecins, aux autres travailleurs sociaux.

La notion de travail avec la famille est impérative.

La relation et l'écoute sont aussi importantes que le soin.

La puéricultrice de P.M.I., travaillant au sein d'une équipe pluri-disciplinaire va exercer son rôle de différentes façons :

1. Visites à domicile qui permettent une approche la plus large possible des familles :

- a) visites post-natales le plus rapidement possible après la naissance : analyse de la situation familiale et de la place faite à l'enfant ; conseils pratiques et soutien de la maman ;
- b) visites de pré et post-sortie pour les enfants hospitalisés en centre de prématurés, néonatalogie, pédiatrie, chirurgie ;
- c) visites pour les enfants signalés par :
 - les maternités
 - les certificats de santé ;
 - les médecins traitants, crèches, écoles maternelles ;
 - travailleurs sociaux, juges pour enfants, etc.

2. Surveillance des assistantes maternelles agréées et des enfants de moins de 6 ans placés chez celles-ci :

- par l'Aide sociale à l'enfance ;
- par leurs parents.

3. Organisation et animation avec le médecin des consultations de nourrissons.

4. Information sanitaire auprès des collectifs de parents.

5. Bilans de santé des enfants de 3-4 ans dans les écoles maternelles.

6. Formation et encadrement des stagiaires élèves-infirmières et puéricultrices.

7. Participation aux enquêtes d'agrément des assistantes maternelles en équipe avec le médecin de P.M.I., les assistants sociaux, etc.

Le travail de la puéricultrice de P.M.I. permet :

- d'informer les familles :
 - des moyens existants en protection sociale ;
 - des structures mises à leur disposition.
- de les rendre plus attentives aux besoins de leur enfant en leur faisant connaître les moyens d'y répondre ;
- d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations ;
- de favoriser les dépistages précoces et les placements stables pour une meilleure insertion dans la vie collective et une diminution des risques de délinquance juvénile.

FICHE DE LIAISON A LA PUERICULTRICE DE SECTEUR

CONSEIL GENERAL DE M&M
DISAS - Protection Maternelle et Infantile

FICHE DE LIAISON A LA PUERICULTRICE DE SECTEUR

Visite effectuée en établissement d'accouchement par Mme :

MADAME

NOM : Prénom : Parité : Age :
Adresse :
☎ :

ENFANT

NOM : Prénom : D.N. :
Poids : Terme :
Allaitement maternel : ☐ OUI ☐ NON
REMARQUES.....
.....
.....

Médecin qui suivra l'enfant :

P.M.I. - 11/99

COMMENTAIRES

- Fiche utilisée par les sages-femmes ou les puéricultrices lors de leur visite en établissement d'accouchement.

CIRCUIT

- Sages-femmes aux puéricultrices de secteur
- Puéricultrice à puéricultrice si secteur différent du secteur d'intervention

1^{ère} VISITE POST-NATALE

A remplir après la visite par la puéricultrice si :

- Un accompagnement est prévu (cf. feuille de travail "interventions à visée préventive").
- S'il s'agit d'interventions auprès des enfants à risque.
- En cas . d'hospitalisation (néonatalogie, pédiatrie ...)
. de suivi par l'équipe du CMS ou suivi spécialisé ...

Fiche à retourner au Secrétariat P.M.I. de votre TAMS car elle déclenchera systématiquement l'envoi du CS2 et du CS3 à la puéricultrice.

Document nécessaire au Médecin de P.M.I. pour la connaissance des enfants du secteur et pour organiser les échéances d'enfants suivis (rencontres avec les puéricultrices de secteur).

☞ Si visite à visée préventive : le médecin du TAMS prendra connaissance du document et jugera des suites à donner à son niveau.

☞ Si visite d'enfant à risque, le médecin du TAMS prendra connaissance du document, jugera des suites à donner et un dossier sera ouvert au secrétariat enfance.

CONSEIL GENERAL DE M. ET M.
DISAS - PMI -
T.A.M.S. de

1ère VISITE POST NATALE

Date :
Par :



ENFANT

NOM	Prénom	DN	Adresse

FRATRIE

NOM	PRENOM	Date de Naissance

.../.../...

P.M.L - 11/99

EVALUATION - de la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant (alimentation, développement, rythme, soins, etc...)

- du lien parents enfant

DIFFICULTES OBSERVEES :

PROJET DE SUIVI :

Avec qui ?

SUIVI MEDICAL :

- Médecin traitant :
- Consultation de la Petite Enfance :
- Autres :

P.M.L - 11/99

Anne GERARDOT
Mémoire de fin d'études
Promotion 1997-2001

Ecole de sages-femmes
Albert FRUHINSHOLZ
NANCY

Intitulé : Les sorties précoces de maternité et le suivi à domicile

Mots clés : Sortie précoce, Hospitalisation à domicile, Post-partum

Résumé

La durée moyenne d'hospitalisation, en France, après un accouchement normal est actuellement de cinq jours. Cependant certaines maternités autorisent des sorties précoces dans le post-partum, c'est-à-dire une sortie dans les 72 heures après un accouchement couplée à un suivi à domicile.

Faut-il encourager ces sorties précoces ? Quels sont les enjeux et les intérêts d'une telle pratique ?

Après avoir vu les conditions préalables à respecter lors d'une sortie précoce, nous verrons le déroulement et l'organisation du suivi à domicile assuré par différentes structures de relais.

Une enquête a été réalisée auprès des mères vosgiennes, sorties précocement de la maternité, afin de connaître leur satisfaction, ainsi que leurs impressions.

Nous pouvons conclure, au travers de plusieurs exemples, que les trois enjeux essentiels que met en cause cette pratique et qui sont : la sécurité de la mère et du nouveau-né, la diminution des coûts hospitaliers et l'humanisation du temps autour de la naissance, sont en grande partie respectés .