



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>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes P.MORLANNE de METZ

*L'information des patientes sur les sorties précoces
de maternité.*

Mémoire présenté et soutenu par
METZ Florence

Promotion 2005 - 2009

CET ECRIT N'ENGAGE QUE LA RESPONSABILITE DE SON AUTEUR

SOMMAIRE

Introduction	5
Partie 1 Maternité et sortie précoce	6
1. L’information	7
1.1. Schéma de la communication.....	7
1.2. L’information sur les sorties anticipées de maternité	8
1.2.1. Durant la grossesse.....	8
1.2.2. A la Maternité	8
2. Le post-partum	9
2.1. Définitions.....	9
2.2. Durée de séjour des mères en Maternité	9
3. Sorties précoces	11
3.1. Définitions.....	11
3.2. Conditions pour une sortie anticipée.....	12
3.3. Les éléments pour décider d’une sortie précoce de Maternité.....	12
3.3.1. Pour la mère	12
3.3.2. Pour l’enfant.....	13
4. L’hospitalisation à domicile	14
4.1. Définition	14
4.2. Objectifs	14
4.3. Présentation de la structure d’hospitalisation à domicile du CHR.....	15
4.4. Conditions d’admission.....	15
4.5. Le suivi à domicile de la mère	16
4.6. Le suivi à domicile du nouveau-né	17
5. Le relais à domicile par les sages-femmes libérales	18
5.1. Définition	18
5.2. Objectifs	18
5.3. Fonctionnement et organisation	18
5.4. Les missions des sages-femmes libérales	19
5.5. Le suivi à domicile du nouveau-né	20
6. Législation	21
6.1. Plan de périnatalité 2005-2007.....	21
6.2. Charte du patient hospitalisé	21
6.3. HAS – Information des femmes enceintes (2005)	22
6.4. EPPS – Préparation de la sortie du patient hospitalisé – ANAES 2001	23
6.4.1. L’organisation de la sortie.....	24
6.4.2. L’information sur la sortie	24
6.4.3. La continuité des soins	25
6.5. Amélioration du système.....	25

Partie 2 Information et connaissances des mères.....	26
1. Présentation de l'étude	27
1.1. Problématique	27
1.2. Objectifs	27
1.3. Hypothèses	28
1.4. Modalités de mon étude	28
1.5. Difficultés rencontrées	28
2. Présentation des résultats de mes questionnaires	29
2.1. Renseignements généraux.....	29
2.2. Grossesse et accouchement.....	30
2.3. Séjour en Maternité	34
2.4. La sortie anticipée de maternité	37
2.5. Choix du mode de sortie	41
2.6. Organisation de la sortie.....	44
Partie 3 Quel avenir pour les sorties précoces ?.....	48
1. Exploitation des résultats de l'enquête.....	49
1.1. Profil de la population étudiée	49
1.2. Connaissance des femmes.....	54
1.3. Les sorties précoces de Maternité	55
1.4. Choix du mode de sortie	55
1.5. Organisation de la sortie.....	55
2. Amélioration du système de soins	60
2.1. Nécessité de développer le travail en réseau.....	60
2.2. Nécessité de planifier et d'organiser la sortie	61
2.3. Nécessité de l'évaluation des pratiques professionnelles.....	63
Conclusion.....	64
Bibliographie	65
Annexes	- 68 -

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, nous assistons à une diminution de la durée de séjour des mères en Maternité. La fermeture des petites maternités à la faveur des grandes structures hospitalières tend à diminuer le nombre de lits disponibles dans les services de soins. Parallèlement, la hausse du taux de fécondité en France (1,98 en 2008) contribue également à l'engorgement des circuits de la naissance.

Le nombre croissant de sages-femmes libérales ainsi que l'expansion des réseaux de soins ont permis de développer les sorties précoces ou anticipées à domicile.

De plus, la réduction de temps de séjour en Maternité est un souhait de plus en plus émis par les patientes. La tendance est à la démedicalisation.

Cependant, bien que la majorité des patientes ayant bénéficié d'une sortie anticipée de maternité couplée à un suivi à domicile soit globalement satisfaite de ce mode de fonctionnement, nous constatons qu'il subsiste des lacunes quant à l'information et l'organisation de la sortie.

Durant mes études j'ai pu constater que les femmes n'étaient pas suffisamment préparées à la sortie de maternité et n'avaient qu'une vision approximative des différentes possibilités de retour anticipé à domicile offertes par l'établissement qui les accueillait.

Dans ces périodes vulnérables que sont la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, quelles informations sont données aux femmes, par qui et à quel moment ? Et surtout, qu'en retiennent-elles pour organiser un retour à domicile au troisième jour de façon sereine ?

Dans un premier temps, après quelques définitions sur la période du post-partum, les sorties anticipées de Maternité et les différents relais pour un suivi à domicile, nous poserons le cadre législatif entourant l'information faite aux femmes.

Dans un deuxième temps, l'analyse des questionnaires remis aux accouchées nous permettra de visualiser les vecteurs de l'information ainsi que les moteurs et les freins rencontrés.

Enfin, nous essayerons de proposer des solutions pour améliorer l'organisation et le vécu des sorties anticipées de maternité par les mères.

Partie 1

Maternité et sortie précoce

1. L'INFORMATION

1.1. Schéma de la communication.

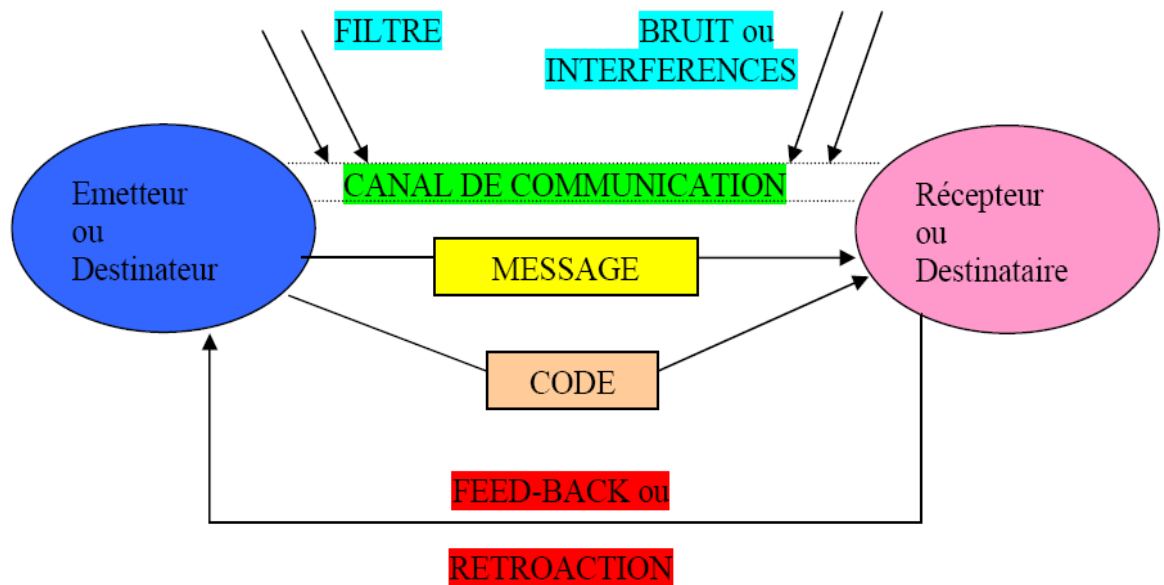


Schéma de la communication [1]

l'émetteur : est celui qui envoie le message

- le récepteur : est la personne à qui ce message est destiné

- le message : c'est l'ensemble des signes que l'émetteur adresse au récepteur

- le référent : est le thème, le sujet abordé par le message

- le canal : est le moyen de transmission, visuel ou sonore, utilisé pour établir la relation entre l'émetteur et le récepteur

- le code : est l'ensemble des signes connus par l'émetteur et le récepteur, (...)

1.2. L'information sur les sorties anticipées de Maternité.

1.2.1. Durant la grossesse.

L'information des couples doit être donnée au préalable au courant de la grossesse afin de pouvoir y réfléchir et de pouvoir organiser la sortie [2]. Ces informations peuvent être délivrées lors de l'entretien prénatal précoce individuel (du 4^e mois), lors des consultations prénatales ou encore lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les sages-femmes ont un rôle majeur dans la délivrance de cette information. [3]

1.2.2. A la Maternité.

La sortie anticipée de Maternité, pour se réaliser dans de bonnes conditions, doit avoir été pensée et envisagée au cours de la grossesse [2]. Les sages-femmes ont un devoir d'information auprès du couple parfois dès l'admission en salle de naissance. Le jour de l'accouchement ou le lendemain, les sages-femmes de Maternité ont également un rôle d'information mais ce sont elles qui vont décider, conjointement avec les autres praticiens hospitaliers (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, ...) de la possibilité d'un retour anticipé à domicile. A l'hôpital Bel-Air de Thionville, les patientes peuvent au mieux sortir de la Maternité au troisième jour du post-partum après la réalisation des tests de dépistage chez le nouveau-né. [annexes]

2. LE POST PARTUM

2.1. Définition.

Selon l'OMS, le post-partum débute environ une heure après la délivrance et englobe les 6 semaines qui suivent. C'est une période de grande vulnérabilité médicale et psychologique qui exige de la part de la mère une grande résistance et une grande capacité d'adaptation. Les premiers jours du post-partum se déroulent à la Maternité. Mais depuis plusieurs années, on assiste en France à une diminution de la durée de séjour en Maternité. [4] En effet en 1975 la durée moyenne de séjour était de 6,7 jours et en 1996 elle était passée à 4,9 jours et actuellement, à 4,7 jours. [5]

2.2. Durée de séjour des mères en Maternité.

Selon l'OMS, une mère et son nouveau-né en bonne santé n'ont pas besoin de rester à l'hôpital plus de quelques heures. Dans de nombreux pays la durée moyenne de séjour en Maternité est de 24 heures à 48 heures. [6]

La sortie précoce est passée de 3 % des accouchées en 1997 à 7 % en 2002. Elle est le plus fréquemment pratiquée dans les maternités de niveau II et III, dans les centres hospitaliers généraux, dans les maternités de plus de 1 500 à 2 500 accouchements par an, dans les maternités urbaines et en Ile-de-France. Les femmes bénéficiant actuellement d'une sortie précoce sont le plus souvent des multipares, sans pathologie de la grossesse, accouchant à terme d'un enfant unique pesant plus de 2 500 g ne présentant pas de risque infectieux, sans hémorragie de la délivrance.

En France, la Sécurité Sociale prend en charge le séjour en suites de couches les douze jours suivant l'accouchement [7]. Cependant, ces douze jours ne sont pas utilisés en totalité par les patientes.

La tendance actuelle est à la démedicalisation de l'accouchement et du post-partum. Les mères souhaitent réintégrer le cocon familial au plus vite.

Depuis 2002, les pères ont la possibilité de bénéficier d'un congé parental, ce qui permet à la mère un retour à domicile plus serein car elle peut s'appuyer sur la présence de son conjoint. [8]

D'autre part, les difficultés de recrutement de personnels soignants (médecins, sages-femmes, pédiatres,...) ainsi que les contraintes économiques (diminution de l'offre de soins, fermeture des petites maternités, optimisation de l'occupation des lits,...) vont dans le sens d'un raccourcissement de la durée de séjour des patientes en Maternité. [9]

3. SORTIES PRECOCES.

3.1. Définitions.

Les termes « sortie précoce » ou « retour précoce à domicile » correspondent à une sortie entre le jour de l'accouchement (J0) et le 2^{ème} jour (J2) inclus pour un accouchement par voie basse, ou entre J0 et J4 pour une naissance par césarienne. [10]

Dans une maternité donnée, une sortie est en général considérée comme anticipée si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour le service.

Dans le cas précis de la Maternité de l'hôpital Bel-Air de Thionville, la durée moyenne de séjour en Maternité est de 4 jours (voir 5 jours pour les primipares). Le terme de « sortie précoce » est employé pour les sorties au troisième jour du post-partum [annexes]. Dans cet exposé, j'emploierai le terme de « sortie anticipée » pour parler des sorties de Maternité au 3^e jour après l'accouchement.

Le retour précoce à domicile après un accouchement n'est envisageable que pour les couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique. [11]. Il s'agit là d'une option intéressante pour les mères, leur nouveau-né et leur famille à condition de respecter plusieurs précautions. [12]

Une sortie précoce ne s'improvise pas, elle doit être organisée selon un cahier des charges afin de garantir une sécurité maximale aux patientes et à leur nouveau-né. [5-13]

3.2. Conditions pour une sortie anticipée.

Trois conditions de base [10] doivent être respectées afin de décider d'une sortie précoce de Maternité :

- L'état de santé médical et psychologique de la mère et de son enfant ainsi que leurs conditions sociales sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ.
- La mère a une compétence et une autonomie suffisante pour assurer les soins à elle-même et à son enfant, pour dépister les signes d'alerte qui doivent l'amener à consulter.
- Le suivi doit pouvoir être assuré à domicile par des professionnels de santé qualifiés (sages-femmes, puéricultrices, médecins,...)

Cette sortie anticipée de Maternité est en général très bien vécue par les femmes, d'autant plus qu'elle aura été choisie et organisée, et non pas subie. [6]

3.3. Les éléments pour décider d'une sortie précoce de Maternité

3.3.1. Pour la mère

- Absence de signes d'infection.
- Contrôle du risque hémorragique.
- Contrôle de la douleur
- Instauration du lien mère-enfant.
- Prise en compte de l'état psychologique (dépistage précoce de la dépression du post-partum, de la psychose puerpérale,...)
- Précarité
- Risque d'échec de l'allaitement maternel. [14]

3.3.2. Pour l'enfant [15]

- Prise en compte de l'ictère, du risque lié à l'hyperbilirubinémie.
- Prise en compte du risque infectieux néonatal.
- Dépistage des cardiopathies.
- Prise en compte du risque de déshydratation.
- Réalisation des tests de dépistage obligatoires au 3^e jour.

4. L'HOSPITALISATION A DOMICILE.

4.1. Définition.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de dispenser au domicile de la patiente, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. [16]

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. [17]

L'HAD permet une alternative à une hospitalisation classique.

4.2. Objectifs.

L'Hospitalisation à Domicile a pour objectif de procurer un service de soins complémentaires à l'infrastructure hospitalière. [16]

Elle doit permettre une sortie précoce après l'hospitalisation due à la maternité dans des conditions de sécurité médicale satisfaisantes pour la mère et son nouveau-né et de raccourcir ou d'éviter l'hospitalisation lors de grossesses à risques obligeant au repos sans surveillance hospitalière continue.

4.3. Présentation de la structure d'hospitalisation à domicile du CHR Metz-Thionville.

Le service d'HAD anté et post-partum du CHR Metz-Thionville fonctionne tous les jours (y compris dimanche et jours fériés) de 08H30 à 12H00 et de 13H00 à 17H00. Il est assuré par des sages-femmes (au nombre de 3 actuellement). En dehors de ces heures d'ouverture, une permanence est assurée par la salle de naissance de la Maternité du Groupement des Hôpitaux de Metz.

L'aire géographique d'intervention de l'hospitalisation à domicile s'étend sur un diamètre d'environ 30km autour de Thionville [annexes].

Cette structure d'hospitalisation dispose actuellement de 10 places (anté et post-partum). Elle permet d'assurer au domicile de la patiente, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

Monsieur le Docteur WELTER, Chef de Service Gynécologie-Obstétrique est le médecin coordonnateur du service d'HAD.

4.4. Conditions d'admission.

- Exigences médicales : l'état de santé doit être compatible avec la sortie qui sera accordée après concertation de l'équipe médicale, paramédicale et sociale.
- Nécessité de l'accord écrit de la mère (confirmé le jour de la sortie)
- Conditions administratives : les patientes doivent être affiliées à la Sécurité Sociale ou bénéficiaire de la CMU ; elles doivent résider dans la zone géographique définie par l'hospitalisation à domicile, et elles doivent avoir le téléphone. [annexes]

4.5. Le suivi à domicile de la mère.

Les missions des professionnels de santé [6-7-10] sont de :

- Favoriser un échange avec la mère sur le vécu du retour à domicile en appréciant son état de fatigue, son degré d'aide à domicile, son état psychologique [3], son vécu de l'accouchement.
- Pratiquer un examen clinique
 - o Surveillance des paramètres (pouls, tension, température)
 - o Examen obstétrical (seins, membres inférieurs, involution utérine, aspect des lochies, vérification de la cicatrice)
 - o Ablation de fils ou d'agrafes
 - o Recherche de complications (infectieuses)
- Pratiquer des examens complémentaires en fonction des besoins.
- Observer l'allaitement maternel et son efficacité. [14]
- Evaluer les capacités maternelles vis-à-vis des soins au nouveau-né (préparation des biberons, toilette, bain, changes, soins au cordon,...)
- Donner des conseils en hygiène de vie (alimentation, sommeil, température des locaux,...)
- Faire de la prévention anti-tabagique.
- Vérifier la bonne prise du traitement prescrit en HAD et adapter la prescription si nécessaire.
- Informer [2] sur :
 - Le retour de couches, la contraception et la reprise de la sexualité.
 - L'intérêt de la visite post-natale et de la rééducation périnéale.
 - Le délai raisonnable de reprise d'une activité sportive.
 - L'existence d'une liaison avec la Protection Maternelle et Infantile.

4.6. Le suivi à domicile du nouveau-né. [15]

Les missions [7-10] des professionnels de santé sont de :

- Pratiquer un examen clinique et neurologique (appréciation de l'état général par la coloration, le tonus, les pouls fémoraux, la surveillance de la température corporelle, l'évolution de la courbe de poids, l'état de la peau ainsi que du cordon et des fesses, l'état de la langue à la recherche du muguet buccal, le contrôle des selles et des urines, le contrôle de l'absence de troubles digestifs, l'existence ou l'évolution d'un ictère, l'évaluation du comportement ,...)
- Vérifier l'administration quotidienne de vitamine D.
- Conseiller pour les soins de puériculture (observation de la tétée, apprentissage de la mère pour reconnaître les signes d'un allaitement bien établi, informations sur la préparation des biberons, sur les besoins de l'enfant et son rythme biologique, aide pour la toilette, les soins au cordon, prévention de la mort subite du nourrisson,...)
- Apprécier la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né. [15]
- Compléter le dossier médical.
- Assurer la continuité du suivi (vérifier la réalisation des tests de dépistage, la compréhension de la prescription de vitamine K, inciter à la lecture des brochures délivrées, donner les coordonnées des professionnels assurant le relais ainsi que celles des services d'urgence, compléter le carnet de santé à la fin du séjour en HAD,...)

5. LE RELAIS A DOMICILE PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES.

5.1. Définition.

Le CHR Metz-Thionville permet aux accouchées de sortir précocement de la maternité avec une sage-femme libérale qui assurera la continuité des soins.

Une convention a ainsi été signée entre la Maternité de l'hôpital Bel-Air et les sages-femmes libérales des environs de Thionville. [annexes]

Le retour précoce à domicile avec une sage-femme libérale concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social après un choix et un consentement éclairés de la patiente. Celle-ci doit être suffisamment autonome, dans un contexte environnemental satisfaisant. [10]

5.2. Objectifs.

L'objectif global est d'offrir aux patientes une prise en charge cohérente, non morcelée et personnalisée, en impliquant le renforcement des partenariats dans le sens d'un travail en réseau, entre les différents acteurs concernés. [10]

5.3. Fonctionnement et organisation.

Les patientes bénéficiant d'un relais à domicile choisissent une sage-femme libérale selon leurs possibilités. Dans la majorité des cas ce sont des patientes dont la grossesse a été suivie par une sage-femme libérale et qui souhaitent bénéficier des soins en post-natal par cette dernière.

L'organisation du retour anticipé à domicile tient compte des contraintes des différents partenaires (professionnels de santé des unités mère-enfant, ainsi que les sages-femmes libérales) [5]

Dès que la demande de sortie anticipée de maternité a été formulée par la patiente (ou proposée en fonction des facteurs de risque), celle-ci choisit une sage-femme libérale. La liste des coordonnées de toutes les sages-femmes libérales ayant signé la convention est à la disposition des patientes dans le livret d'accueil de l'hôpital situé dans chaque chambre et une plaquette d'information est accessible. La patiente téléphone à la sage-femme libérale qui lui donne son accord et convient avec elle des modalités de sortie. La date de la première visite à domicile doit impérativement être fixée avant la sortie de la maternité. La sage-femme libérale téléphone à la sage-femme hospitalière qui assure des transmissions orales. [organigramme annexes]

L'accord tripartite de la mère, de la sage-femme libérale et de la sage-femme hospitalière après concertation des autres professionnels de santé concernés s'avère indispensable. Le pédiatre autorise la sortie de l'enfant.

La première visite à domicile se fait de façon optimale le lendemain de la sortie de maternité. Les suivantes sont planifiées selon l'appréciation de la sage-femme, en accord avec la mère.

La continuité des soins est assurée selon un cahier des charges défini par la structure hospitalière.

5.4. Les missions des sages-femmes libérales.

Les missions des sages-femmes libérales [10-19-20] sont de :

- Favoriser un échange avec les parents sur le vécu du retour à domicile.

- Pratiquer un examen clinique complet quotidien.
- Pratiquer des examens complémentaires si besoin.
- Observer l'allaitement maternel et son efficacité. [14-15]
- Evaluer les capacités maternelles vis-à-vis des soins du nouveau-né.
- Vérifier la bonne prise du traitement prescrit, et l'adapter si besoin.
- Donner des conseils d'hygiène de vie.
- Informer sur le retour de couches, la contraception, la reprise de la sexualité, l'intérêt de la visite post-natale et la rééducation périnéale.
- Vérifier la détention des coordonnées des professionnels de santé assurant le relais en urgence.
- Informer d'un relais possible par la Protection Maternelle et Infantile ou autres associations.
- Compléter et renvoyer à la fin du suivi la fiche de clôture à la maternité.

5.5. Le suivi à domicile du nouveau-né.

Les missions des sages-femmes libérales sont de :

- Pratiquer un examen clinique et neurologique.
- Pratiquer des examens complémentaires si nécessaire.
- Vérifier l'administration quotidienne de vitamine D et de la prescription délivrée par la maternité.
- Donner des conseils de puériculture.
- Informer sur les besoins de l'enfant et ses rythmes biologiques.
- Apprécier la qualité des interactions entre la mère et son nouveau-né.
- Informer sur l'intérêt du suivi de l'enfant (calendrier du suivi médical).

6. LEGISLATION.

6.1. Plan de Périnatalité 2005 – 2007 : « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ».[21]

Ce plan précise que l'information doit être complète et continue. Le couple doit pouvoir obtenir des réponses aux questions qu'il se pose et bénéficier de tous les éléments pour choisir, en accord avec les professionnels de santé le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Parmi les missions des réseaux de santé en périnatalité on retrouve l'information complète et adaptée pour tous les patients.

Un autre objectif du plan de Périnatalité 2005 – 2007 est de créer des places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire français en favorisant l'intégration des sages-femmes libérales dans les réseaux de périnatalité et le développement de l'Hospitalisation à Domicile. (ordonnance du 04/09/2003).

6.2. Charte du patient hospitalisé. [22]

« L'information donnée au patient doit être accessible et loyale ».

« [...] Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Afin que le patient puisse participer pleinement, notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre quotidienne, les médecins et le personnel paramédical participent à l'information du malade, chacun dans son domaine de compétences. »

6.3. HAS – Information des femmes enceintes. (2005)

[2-10]

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que bien informer c'est consacrer du temps à la patiente, au couple ; apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte les attentes du couple et leur permettre de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés, délivrer une information orale fondée sur des données scientifiques actuelles et sur les droits et la réglementation, utiliser un langage et un support adaptés, fournir des informations écrites, notamment sur l'offre de soins,...

L'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectif de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre les décisions concernant sa grossesse, son accouchement et ses suites, en accord avec les professionnels de santé.

Pour la femme enceinte, le début de la grossesse est un moment idéal pour élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance selon l'offre de soins proposée par l'établissement de santé concerné. Ce projet inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi post-natal, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, les recours en cas de difficultés,...

Les professionnels de santé ont là l'opportunité d'établir un dialogue avec le couple afin de les aider dans l'élaboration de leur projet, tout en identifiant les situations à risque.

L'information délivrée par les professionnels de santé doit être fondée sur les données actuelles de la littérature ainsi que sur la réglementation en vigueur [2]. La femme enceinte doit pouvoir poser des questions et discuter

d'éventuels problèmes. Ainsi, il est important d'essayer d'établir un climat relationnel alliant écoute, disponibilité d'esprit et prise en compte des différentes attentes de la femme, et du couple, en leur consacrant le temps nécessaire. L'information doit être donnée de façon progressive en fonction de son volume et de sa nature.

6.4. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé (2001) – Préparation de la sortie du patient hospitalisé – ANAES. [23]

Selon l'ANAES, la sortie du patient est une étape importante à encadrer avec beaucoup de rigueur et de professionnalisme. La qualité de sa préparation contribue aux actions de prévention et d'éducation. Il s'agit d'une période délicate où la patiente change de statut, en étant livrée à elle-même ; l'accouchement et ses suites étant déjà une période vulnérable. La sortie serait alors considérée comme un acte de soins.

L'ANAES met 3 axes en avant abordés chacun selon la qualité voulue, attendue et perçue :

- L'organisation
- L'information
- La continuité des soins

6.4.1. L'organisation de la sortie. [23-24]

Pour se dérouler de façon optimale, la sortie de la patiente doit être organisée et prévue avant l'hospitalisation. Une préparation insuffisante ou précipitée du retour à domicile engendre plus de réhospitalisations et par conséquent, un coût plus élevé.

Les informations et la connaissance des infrastructures doivent permettre de prendre une décision de sortie optimale en terme d'adaptation aux besoins en soins des patients tout en tenant compte du contexte social et environnemental du patient et du coût des différentes options.

La patiente et son entourage doivent être impliqués activement dans la préparation et l'organisation de la sortie de Maternité. Les professionnels de santé doivent prendre en considération le choix de la patiente et lui permettre de participer aux décisions la concernant.

Les mots clés pouvant définir une organisation optimale de la sortie sont : anticipation, information, planification, efficacité, communication, partenariat, cohérence. [24]

6.4.2. L'information sur la sortie. [23-24]

L'information doit être adaptée et personnalisée à chaque patiente. Elle doit être accessible, conforme aux données médicales et doit éclairer la patiente et son entourage sur les caractéristiques du service d'accueil, sur les buts et objectifs du retour à domicile, sur les aspects financiers, la prise en charge ultérieure,...

L'information est délivrée à la patiente mais également au sein du réseau dans le cadre de la continuité des soins. Le compte-rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. C'est un support de communication entre les différents intervenants (sages-femmes, médecins, puéricultrices,...).

6.4.3. La continuité des soins. [23-24]

L'ordonnance de sortie avec les traitements doit être lisible, pertinente, compatible avec une bonne observance et notifiée dans le dossier médical.

Les coordonnées téléphoniques des différents partenaires intervenant auprès de la patiente doivent lui être remises. Le but est d'éviter toute rupture de prise en charge. Ainsi les structures relais (HAD, sages-femmes libérales) doivent obéir à une convention [annexe] prévoyant l'élaboration d'un projet thérapeutique (pour la mère et l'enfant), les modalités de liaison avec le médecin traitant, les réhospitalisations et les prises en charge des urgences.

6.5. Amélioration du système. [25]

Une sortie s'envisage sous différents points de vue : la patiente, l'entourage, les professionnels de l'établissement de soins, les professionnels du réseau. Chaque intervenant se positionne selon des critères variés. L'implication de tous ces intervenants permet d'améliorer la prise en charge. (par le biais de questionnaires, d'enquêtes de satisfaction, de groupes de travail, interviews,...). Les audits cliniques sont des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles qui permettent, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. La référence au manuel d'accréditation est alors indispensable.

Partie 2

Information et connaissances des mères

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Problématique

Depuis quelques années, nous assistons à une diminution de la durée de séjour en Maternité dans la période du post-partum. Les sorties précoces ou encore anticipées deviennent de plus en plus fréquentes, avec la mise en place de structures relais comme l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou le suivi par des sages-femmes libérales. Cependant, les patientes ne connaissent pas toujours les différentes modalités de sortie qu'on peut leur proposer et ne font pas forcément bien la distinction entre ces alternatives à l'hospitalisation classique.

Ainsi pouvons-nous nous poser la question, à savoir si l'information dispensée aux femmes sur les sorties anticipées de Maternité est pertinente et suffisante pour permettre aux femmes de réaliser un choix éclairé ? Parmi la multitude d'informations qui leur parviennent durant le temps de la grossesse, que retiennent-elles et de quelle façon envisagent-elles le retour à domicile après l'accouchement ? Ne vivent-elles pas cette sortie de maternité un peu trop précipitamment ?

1.2. Objectifs

Mon étude a plusieurs objectifs.

Il s'agit d'identifier les différents vecteurs de l'information sur les sorties anticipées de Maternité ainsi que les moteurs et les freins à une sortie anticipée.

Cette étude a également pour objectif d'évaluer l'impact de la plaquette informative de l'hôpital Bel-Air de Thionville distribuée depuis Juin 2008 sur la prise de décision de sortie anticipée par les femmes.

Enfin, je tenterai de proposer des solutions pour permettre aux patientes de bénéficier au mieux d'informations claires et concises afin de réaliser un choix éclairé optimal.

1.3. Hypothèses

A l'issue de l'étude de mes questionnaires, il s'agit de valider ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes sont les principales interlocutrices des patientes.
- Les patientes ne sont pas informées suffisamment tôt sur les modalités de sortie de Maternité ce qui engendre parfois une décision précipitée.
- Les différents relais possibles dans les suites de couches immédiates sont mal connus par les femmes.
- Les sorties précoces manquent d'organisation.

1.4. Modalités de mon étude

Afin d'atteindre mes objectifs, j'ai réalisé des questionnaires anonymes [annexes] que j'ai distribué à une population d'accouchées dans le premier jour du post-partum sans critères d'exclusion afin d'obtenir une vision globale de l'information faite à toutes les femmes. Je souhaitais cibler toute une population d'accouchées et non pas restreindre mon étude à un échantillon précis puisque l'information doit être accessible à toutes les femmes. Mon enquête s'est déroulée du 03 Novembre 2008 au 30 Novembre 2008 dans les deux services de Maternité (S91 et S92) de l'hôpital Bel-Air de Thionville.

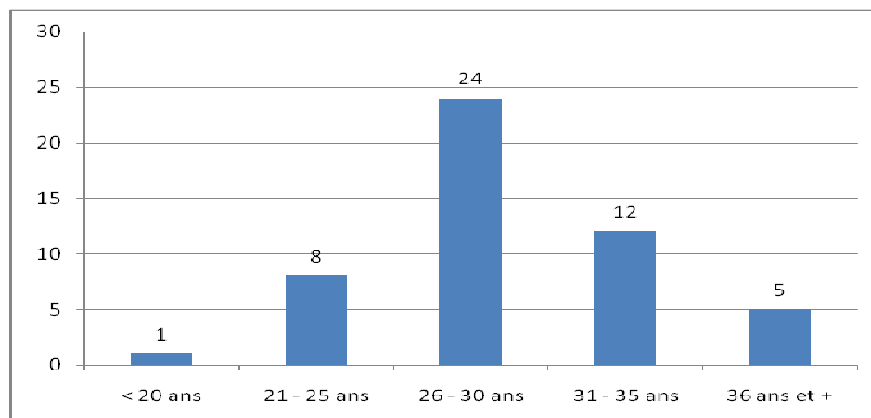
1.5. Difficultés rencontrées

Durant la période où j'ai réalisé mon enquête, il y a eu 170 accouchements à l'hôpital Bel-Air de Thionville. Parmi ces femmes ayant accouché et se retrouvant alors en service de Maternité (S91 et S92 confondus), j'ai pu distribuer 100 questionnaires. Parmi ces questionnaires, seulement 50 me sont revenus. La principale difficulté était de distribuer et de récupérer les questionnaires en mains propres, n'étant pas tous les jours sur le site.

2. PRESENTATION DES RESULTATS DE MES QUESTIONNAIRES.

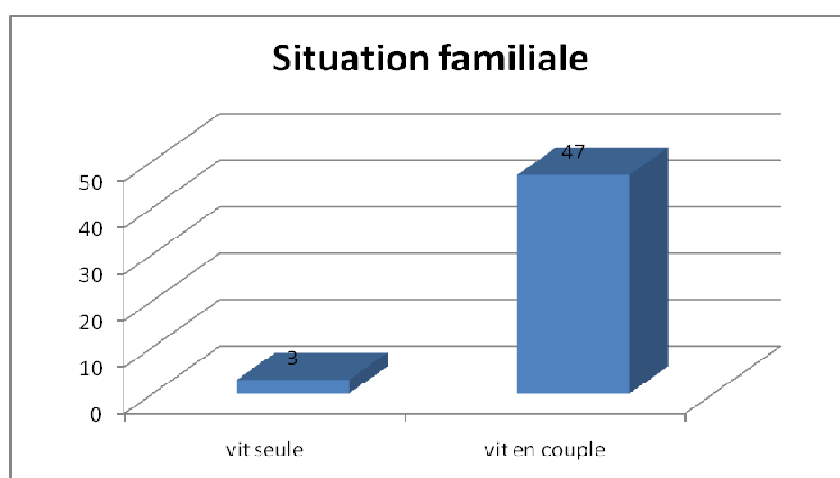
2.1. Renseignements généraux

2.1.1. Age



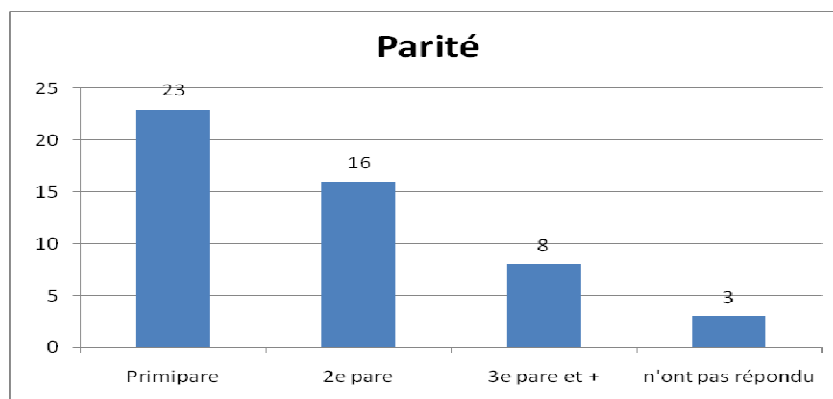
Nous constatons que la majorité des patientes a entre 26 et 30 ans. La moyenne d'âge de la population étudiée se situe à 28,6 ans avec des extrêmes allant de 16 ans à 42 ans.

2.1.2. Situation familiale



Nous constatons que la majorité des femmes vit en couple. (94%)

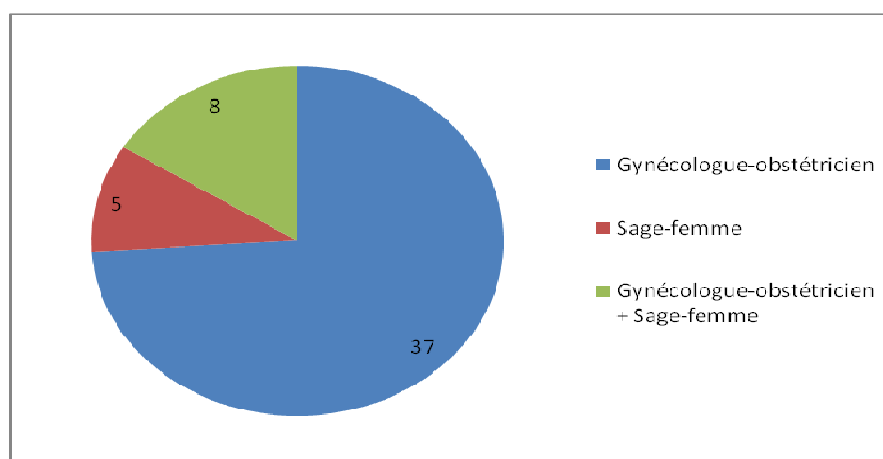
2.1.3. Parité



La population étudiée se compose principalement de primipares (46%). Il y a 16 secondipares et 8 multipares. 3 femmes n'ont pas mentionné leur parité dans les questionnaires.

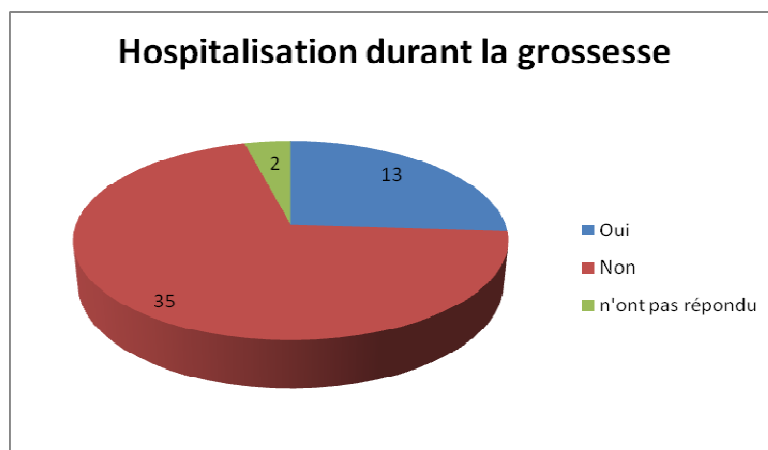
2.2. Grossesse et accouchement

2.2.1. Suivi de la grossesse



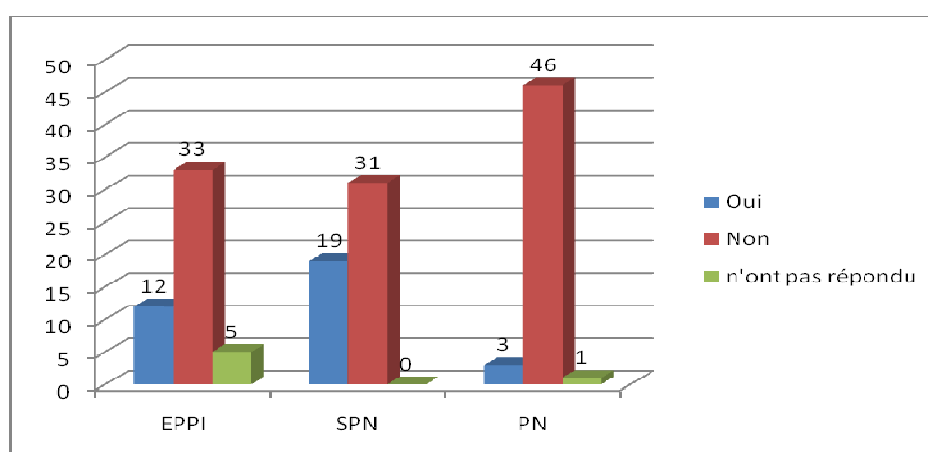
La majorité des patientes (37) a bénéficié d'un suivi par un gynécologue-obstétricien (de ville et hospitaliers confondus). Le suivi par une sage-femme est beaucoup moins courant. En effet seulement 13 patientes ont déclaré être suivies par une sage-femme durant leur grossesse (dont 5 ayant un suivi en parallèle avec un gynécologue-obstétricien).

2.2.2. Hospitalisation durant la grossesse



26% des patientes (Soit 13 femmes) ont été hospitalisées durant la grossesse. Parmi elles, 8 ont choisi de sortir précocément de Maternité avec un relais par l'Hospitalisation à Domicile (HAD), 3 ont préféré une hospitalisation classique et une seule a choisi un suivi à domicile par une sage-femme libérale.

2.2.3. Entretien prénatal précoce individuel / Séances de préparation à la naissance / Projet de naissance.



EPPi = Entretien Prénatal Précoce Individuel (réalisé ou non)

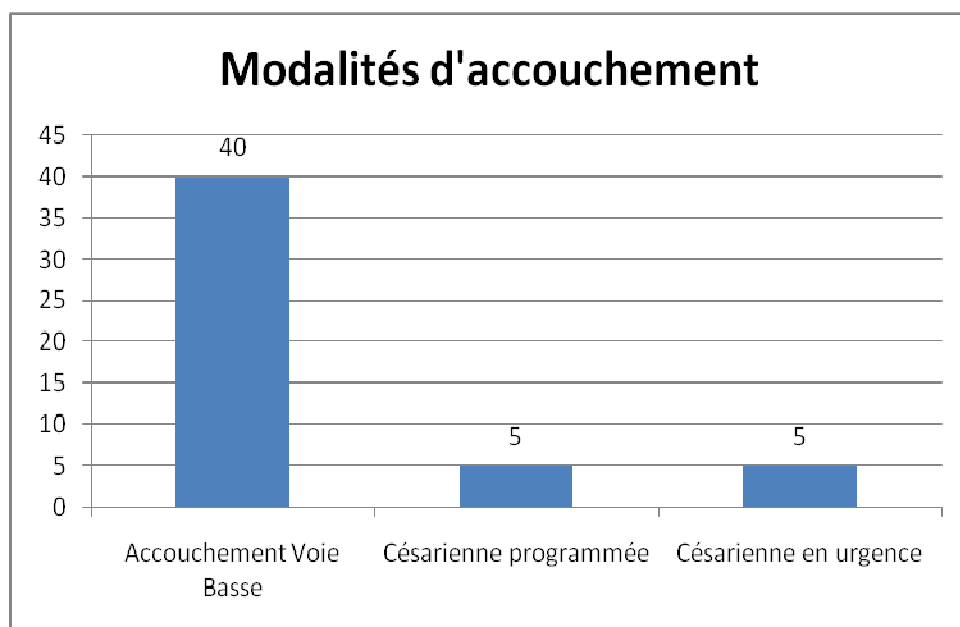
SPN = Séances de Préparation à la Naissance (suivies ou non)

PN = Projet de Naissance (réalisé ou non)

Seulement 3 femmes sur 50 avaient réalisé un projet de naissance et 2 d'entre elles y avaient précisé leur choix de mode de sortie de Maternité.

Les séances de préparation à la naissance sont suivies dans 38% des cas. En effet 19 patientes disent y avoir participé. Parmi elles, 11 déclarent y avoir reçu des informations sur les modalités de sortie de maternité.

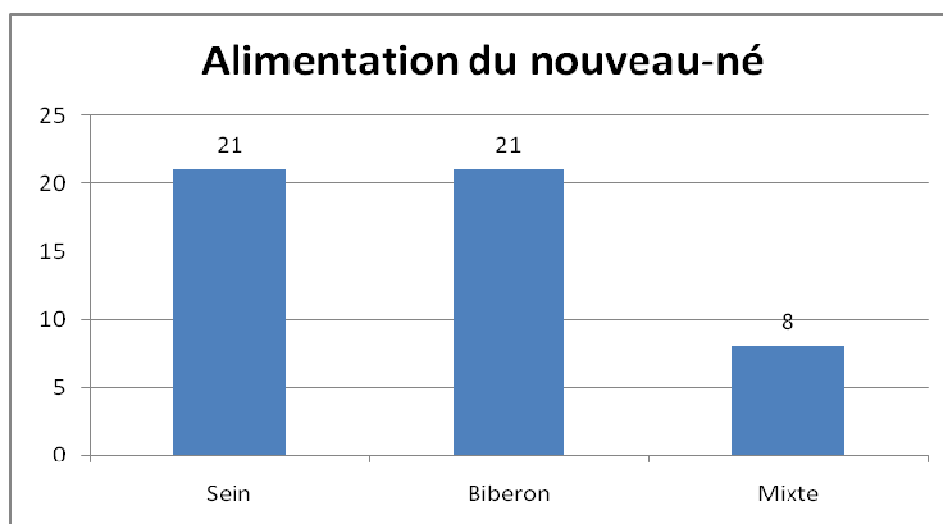
2.2.4. Modalités d'accouchement



40 femmes ont accouché par voie basse soit 80% de la population étudiée.

5 femmes ont eu une césarienne en urgence durant le travail et 5 ont eu une césarienne programmée. Parmi les patientes ayant eu une césarienne, la moitié (soit 5) ont choisi une hospitalisation classique pour bénéficier de soins médicaux et pour se reposer. 4 d'entre elles ne connaissaient pas d'alternatives à l'hospitalisation classique en Maternité.

2.2.5. Alimentation du nouveau-né.



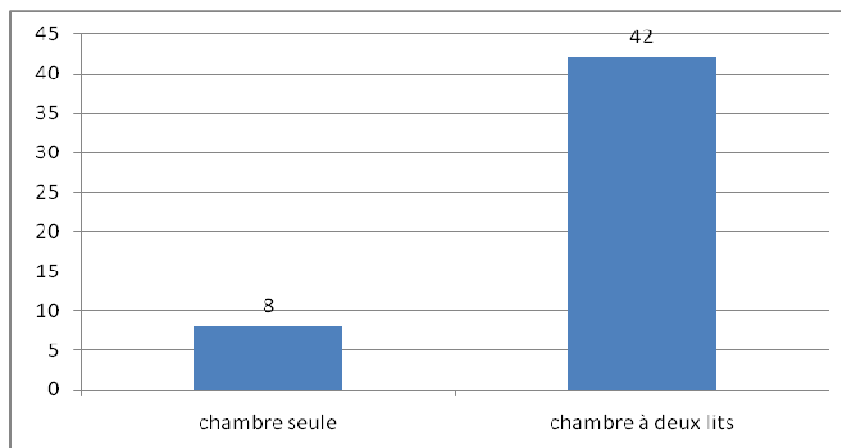
En ce qui concerne le mode d'alimentation de l'enfant dans les premiers jours du post-partum, 21 femmes déclarent donner le sein, 21 le biberon et 8 d'entre elles font une alimentation « mixte » (alternant seins et biberons).

Parmi les patientes allaitant leur enfant, 8 ont choisi l'Hospitalisation à Domicile (HAD), 4 ont choisi un relais par une sage-femme libérale et 16 ont préféré une hospitalisation classique en Maternité. Ces dernières souhaitent « être bien entourées en cas de questions sur les soins et l'allaitement », « accompagnées par des sages-femmes », bénéficier d'un « suivi sérieux en cas de problèmes » et un « suivi médical rigoureux »,...

Parmi les patientes n'allaitant pas, seules 5 ont choisi une hospitalisation classique (soit 3 fois moins que celles qui allaitent). Par contre, elles sont 8 à vouloir sortir avec une sage-femme libérale et 6 en Hospitalisation à Domicile.

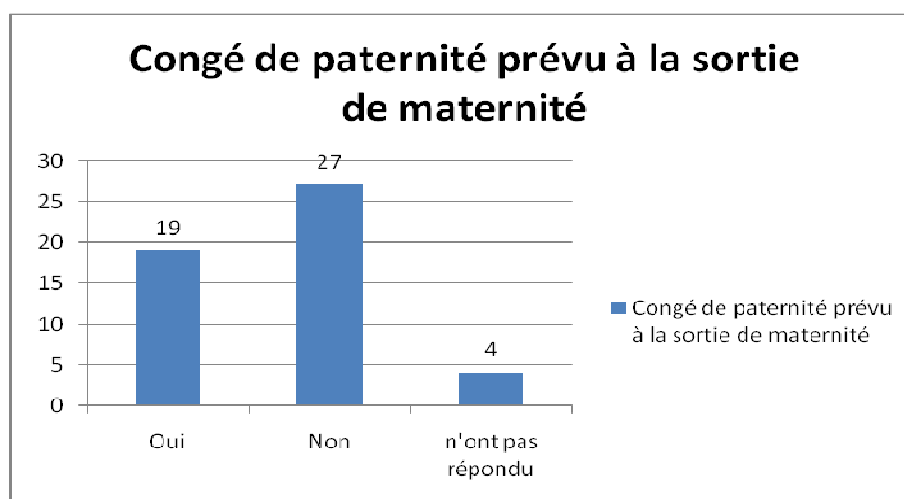
2.3. Séjour en Maternité

2.3.1. Locaux



Une grande majorité des patientes ayant répondu à mes questionnaires ont bénéficié d'une chambre à deux lits. En effet, seules 8 femmes ont séjourné en Maternité dans une chambre individuelle.

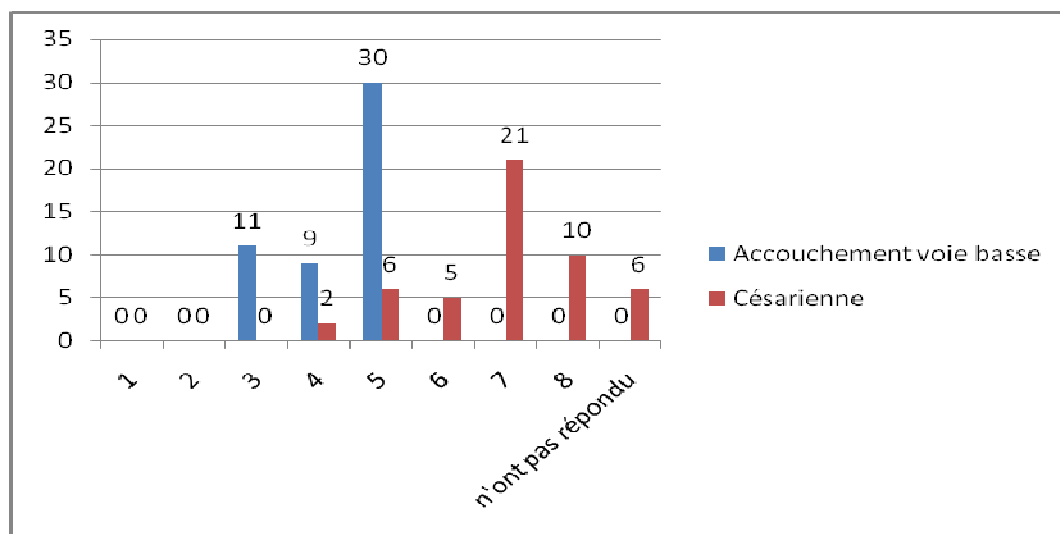
2.3.2. Congé de paternité



Nous constatons que plus de la moitié des conjoints ont prévu de prendre leur congé de paternité immédiatement à la sortie de Maternité de la mère et de l'enfant.

2.3.3. Durée de séjour en Maternité

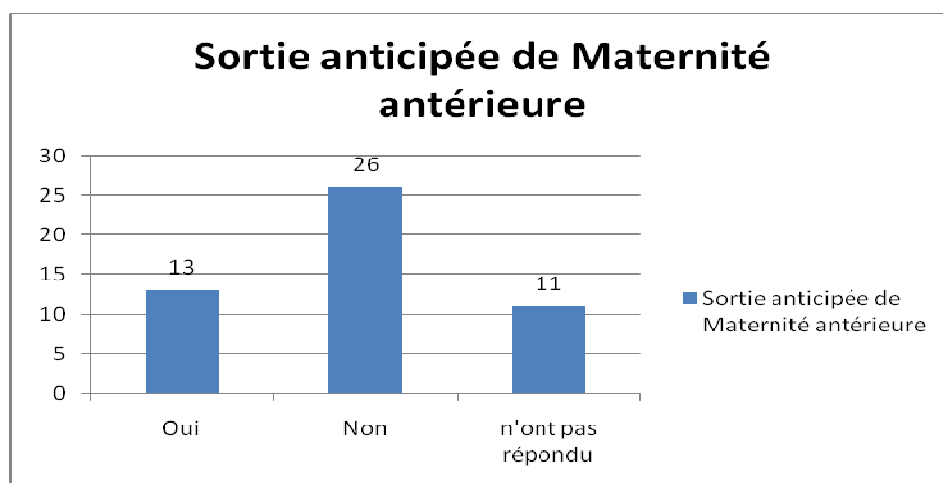
Savez-vous quelle est la durée normale de séjour en Maternité ?



Toutes les femmes estiment qu'une sortie normale de Maternité se fait entre le 3^e et le 5^e jour après l'accouchement. Parmi elles, 30 sur 50 savent que la durée moyenne de séjour en Maternité est de 5 jours, soit 60%.

Les réponses sont plus dispersées et plus vagues concernant la durée moyenne de séjour lors d'une césarienne. En effet, 21 femmes pensent que cette durée est de 7 jours, 10 femmes pensant que la durée est de 8 jours, 6 femmes ne savent pas.

2.3.4. Expérience antérieure de sortie anticipée de Maternité



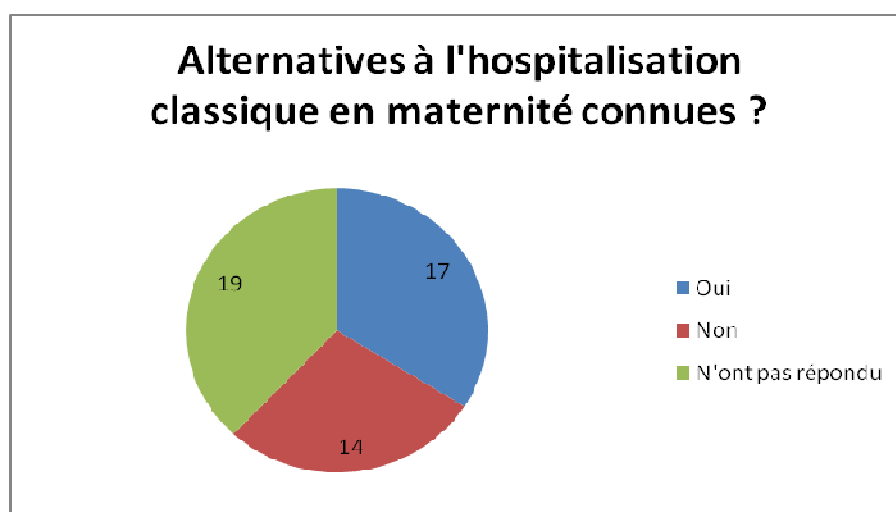
Parmi les patientes interrogées, seulement 13 ont déjà vécu une expérience antérieure de sortie anticipée de Maternité.

2.3.5. La sortie anticipée : définition ?

Qu'est-ce qu'une sortie anticipée ?	Nombre
ne sait pas	2
Sortie avant le 3e jour	1
Sortie avant le 4e jour	7
Sortie avant le 5e jour	4
Sortie avant la date de sortie normale	18
Suivi à domicile	15
HAD, Sage-femme libérale	9
être en bonne santé et prêt pour la sortie	1
n'ont pas répondu	9

Sur 50 femmes, 18 savent qu'une sortie anticipée équivaut à une sortie de Maternité avec un retour à domicile avant la date de sortie classique. 15 d'entre elles y associent un suivi à domicile. Certaines ont précisé que ce suivi pouvait être réalisé par une sage-femme libérale ou une sage-femme de l'Hospitalisation à Domicile. 9 femmes n'ont pas répondu à la question et 2 ne savaient pas ce qu'était une sortie anticipée.

2.3.6. Alternatives à l'hospitalisation classique en Maternité.

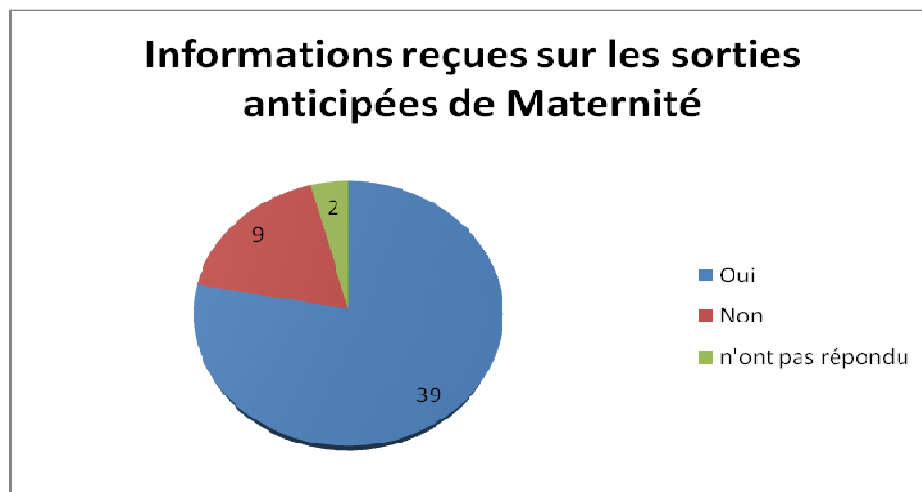


Un tiers des femmes n'ont pas répondu à la question. Parmi celles ayant répondu, seulement 17 ont déclaré connaître des alternatives à l'hospitalisation classique. Dans le tableau ci-dessous, nous trouvons les alternatives citées par les patientes :

Sortie précoce	4
Suivi à domicile avec une sage-femme libérale	8
Hospitalisation à domicile	9
accouchement à domicile avec une sage-femme	2
accouchement en clinique privée	1

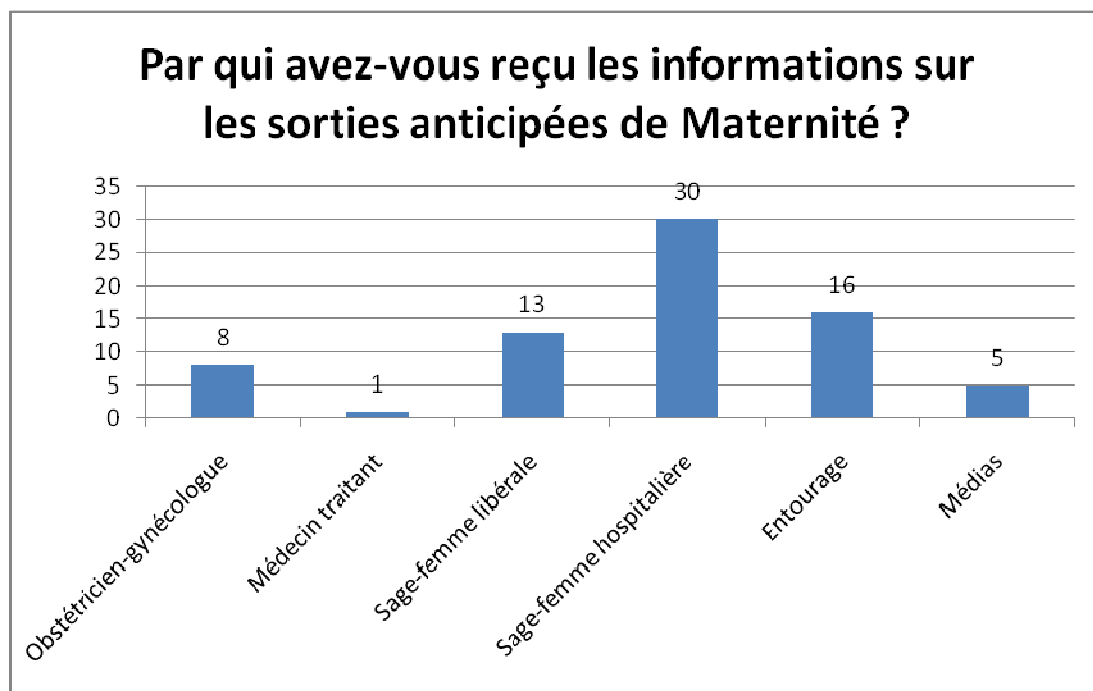
2.4. La sortie anticipée de Maternité.

2.4.1. Informations reçues



Sur 50 femmes, 39 déclarent avoir reçu des informations sur le mode de sortie de Maternité et 9 déclarent ne pas avoir reçu d'informations, soit 18%.

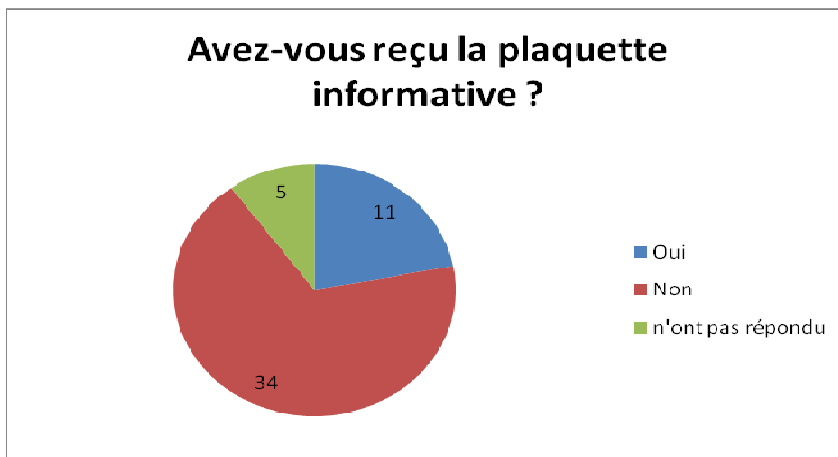
2.4.2. Vecteurs de l'information



A la question « par qui avez-vous reçu ces informations », les femmes répondent volontiers les sages-femmes (libérales et/ou hospitalières, 43 fois citées). En seconde position, l'entourage fait partie des principaux vecteurs de l'information cités par les patientes. Viennent ensuite les médecins et les médias (respectivement 8 et 5 fois cités).

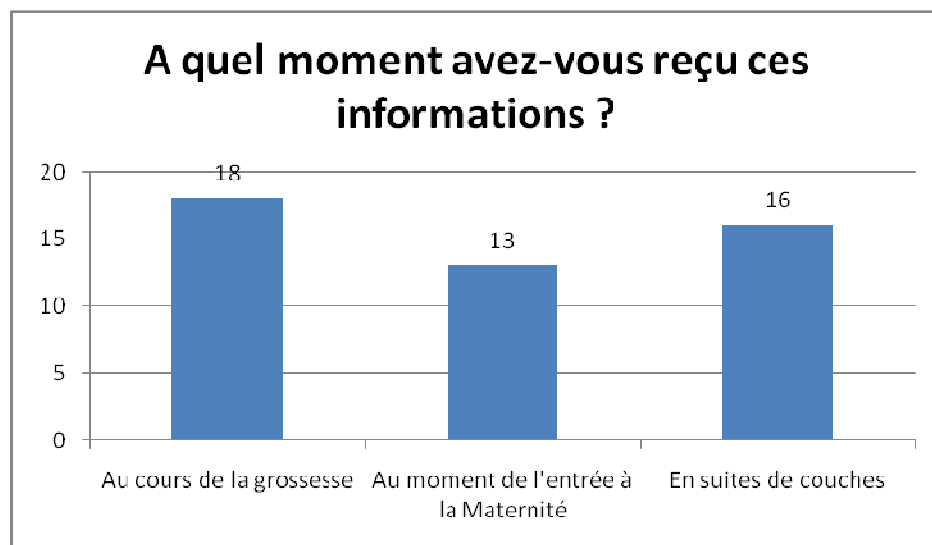
2.4.3. Moyen d'information mis en place : plaquette informative.

En Juin 2008, l'hôpital de Bel-Air de THIONVILLE a mis en place une plaquette informative [annexes] à l'attention des femmes enceintes et des accouchées sur les possibilités de sorties de maternité. Cette plaquette devrait être systématiquement délivrée aux patientes. Qu'en est-il en pratique ?



Seulement 11 patientes (soit 22%) affirment avoir reçu cette plaquette. Parmi elles, 2 n'ont pas trouvé les informations suffisamment claires.

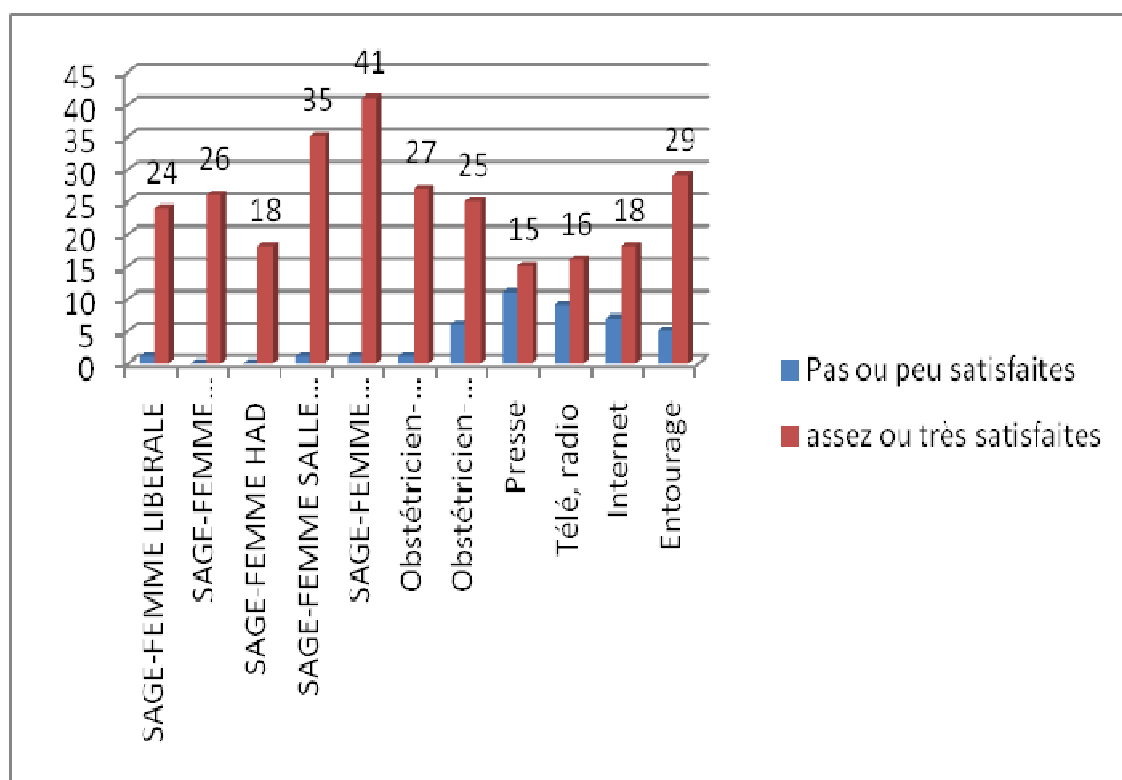
2.4.4. Moment de la réception d'informations



Seules 18 patientes déclarent avoir reçu ces informations en anté-natal, que ce soit durant les consultations prénatales ou les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

29 patientes ont été informées en Maternité, lors de l'admission ou durant les suites de couches.

2.4.5. Satisfaction de l'information selon les différents acteurs

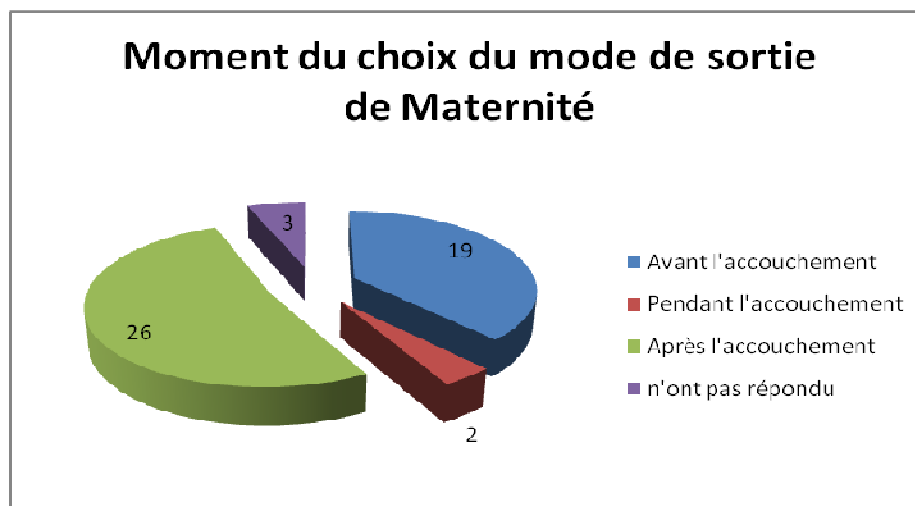


Parmi les différents vecteurs de l'information sur les sorties anticipées proposés dans ma liste (non exhaustive), les femmes sont majoritairement assez ou très satisfaites des sages-femmes, notamment celles du service de Maternité. Leur entourage fait également partie des vecteurs d'information dont elles sont satisfaites. Arrivent ensuite les gynécologues-obstétriciens.

Par contre, elles ne sont généralement pas ou peu satisfaites par les médias comme la presse, la télévision, la radio ainsi qu'Internet.

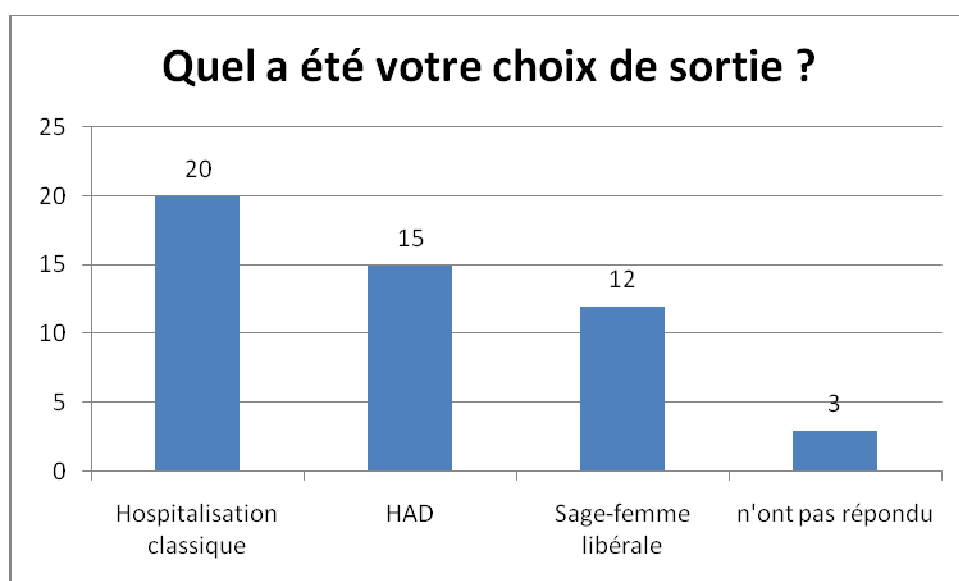
2.5. Choix du mode de sortie

2.5.1. Moment du choix



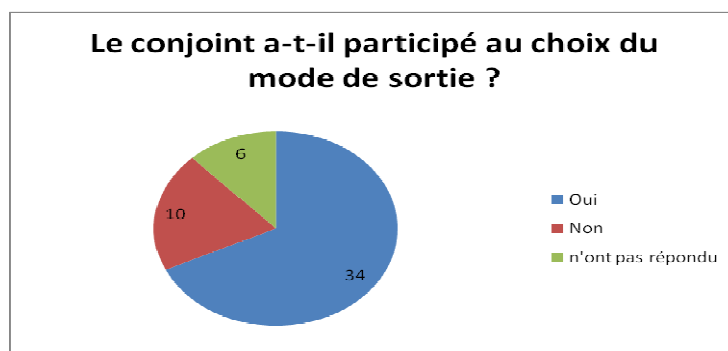
La plupart des patientes (26) ont choisi de sortir plus tôt de Maternité après l'accouchement. 19 patientes y avaient déjà pensé durant la grossesse.

2.5.2. Choix



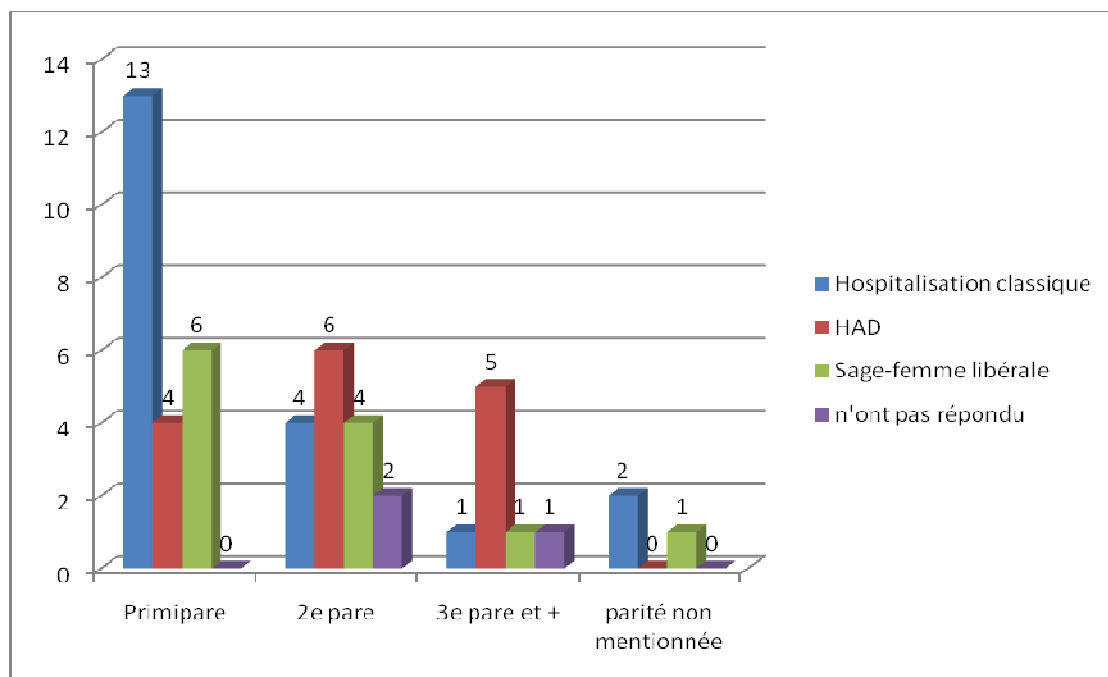
Sur les 50 femmes ayant répondu à mon questionnaire, 20 ont choisi une hospitalisation classique, 27 ont choisi un mode de sortie anticipée (avec un relais par une sage-femme libérale ou par une sage-femme d'HAD, à part égale). 3 femmes ne m'ont pas répondu.

2.5.3. Participation du conjoint au choix de sortie.



La plupart des conjoints ont participé au choix du mode de sortie de maternité. (34). Mais seuls 19 conjoints ont prévu de prendre leur congé de paternité immédiatement après la sortie de maternité. (cf 2.3.2)

2.5.4. Choix du mode de sortie selon la parité



Parmi les 20 femmes ayant choisi une hospitalisation classique en Maternité, 13 étaient des primipares.

Parmi les 27 femmes ayant choisi une sortie anticipée avec un relais par une sage-femme (libérale ou d'HAD), 16 étaient des multipares.

Les primipares (au nombre de 23) choisissent de façon préférentielle une hospitalisation classique de 5 jours. (13/23)

Les multipares (au nombre de 23) choisissent de façon préférentielle une sortie anticipée avec un relais par une sage-femme libérale ou d'HAD (16/23)

2.5.5. Avantages et inconvénients cités

A l'hospitalisation classique :

- Davantage de repos, de soutien, de conseils et de soins. (gestion de la douleur, difficultés d'allaitement,...)
- Un suivi médical plus rigoureux.
- Une aide et des réponses à leurs questions plus rassurantes.
- Sortie non préparée (« je ne me suis pas posée la question avant », « je n'ai pas le choix car il n'y a pas de sorties le week-end »)

A une sortie anticipée de Maternité :

- Suivi médical rassurant à domicile par une sage-femme.
- Retour rapide dans le cadre de vie.
- Autonomie à acquérir rapidement.

2.5.6. Motivations du choix de sortie anticipée de Maternité.

Si vous avez choisi une sortie anticipée de Maternité, quelles ont été vos motivations ?

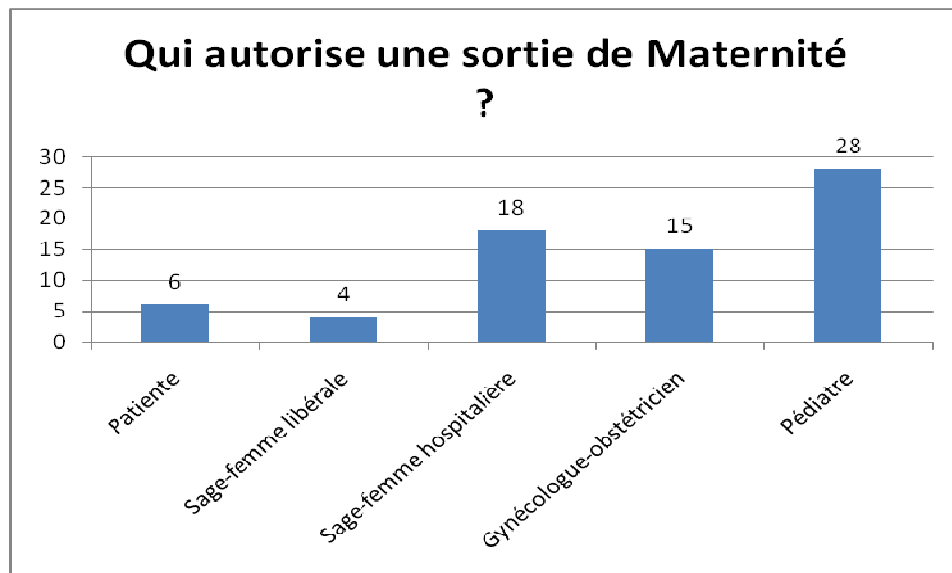
Sage-femme libérale déjà connue	7
besoin de repos à domicile	15
soutien familial à domicile	14
enfant à domicile	15
expérience antérieure satisfaisante	8
retour dans le cadre de vie habituel	17
peur de l'hôpital	2

Les raisons les plus fréquemment citées dans le choix d'une sortie anticipée de maternité sont le retour dans le cadre de vie habituel afin de bénéficier d'un soutien familial ou amical à domicile, ainsi que de repos. Très souvent les patientes souhaitent rentrer rapidement à domicile afin de pouvoir s'occuper de leurs autres enfants en bas âge.

2.6. Organisation de la sortie

2.6.1. Autorisation de sortie

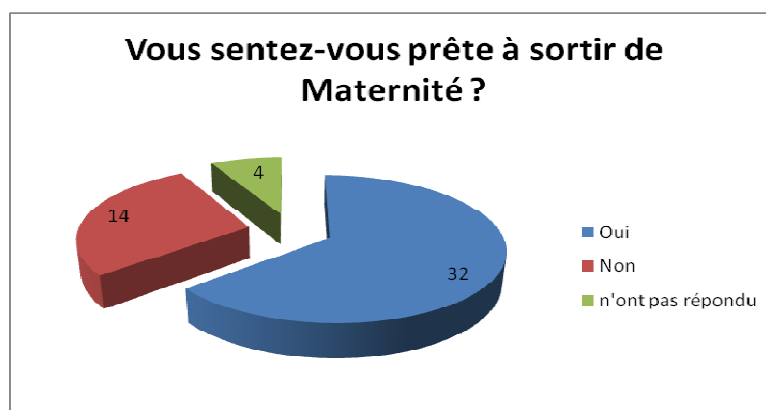
Savez-vous qui autorise une sortie anticipée de Maternité ?



A la question « savez-vous qui autorise une sortie anticipée de Maternité ? », la plupart ont cité le pédiatre (28 femmes). Seules 6 patientes ont estimé qu'elles-mêmes participaient à la prise de décision de sortie. 15 patientes ont cité le gynécologue-obstétricien comme intervenant dans cette décision. 22 patientes ont cité les sages-femmes (libérales et/ou hospitalières).

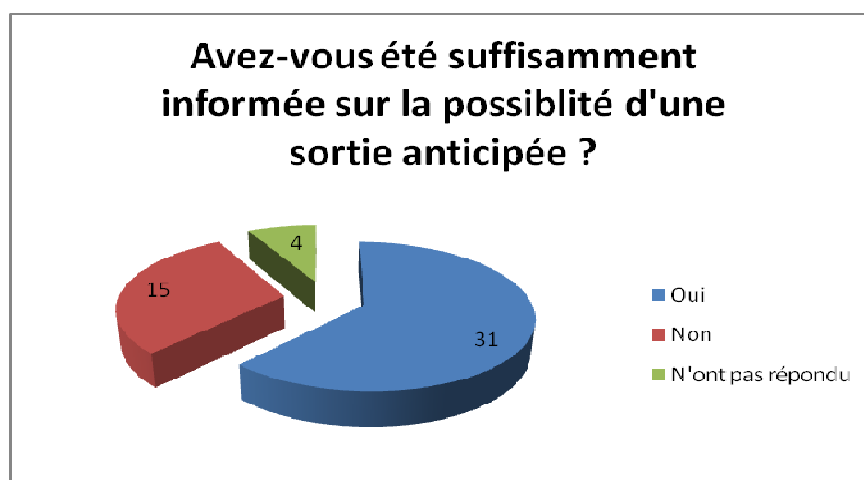
Seules 5 femmes ont cité tous les acteurs de façon simultanée (Gynécologue-Obstétricien, Pédiatre, Sages-femmes +/- la patiente) soit 10% de la population étudiée.

2.6.2. Ressenti sur la sortie de Maternité à J1.



La plupart des patientes se sentent prêtes à sortir de Maternité. (64% l'affirment).

2.6.3. Qualité et quantité de l'information dispensée aux femmes.



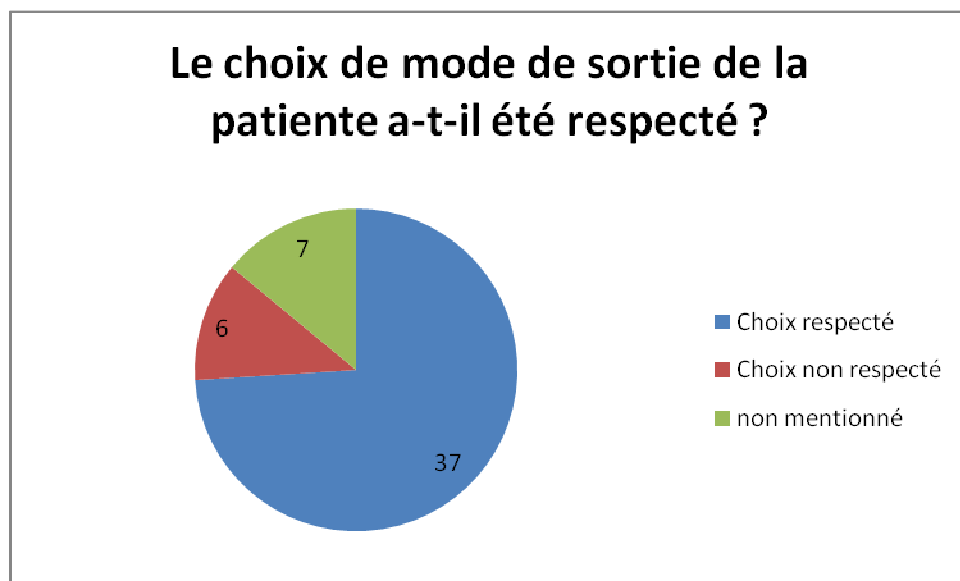
31 patientes sur 50 estiment avoir été suffisamment informées sur la possibilité d'une sortie anticipée et envisagent la sortie anticipée de Maternité de façon sereine (cf question précédente).

2.6.4. Choix de l'hospitalisation classique : motivations.

Pourquoi avoir choisi une hospitalisation classique ?	Nombre
Bénéficier d'un suivi médical	2
Bénéficier d'un accompagnement par les sages-femmes	2
Pouvoir obtenir des réponses à leurs questions et une aide	5
Sortie non envisagée au préalable	1
Accouchement la nuit et/ou sortie non possible car week-end	2
Plus de repos, de soutien et d'aide pour les soins	2

Parmi les patientes ayant choisi une hospitalisation classique (une majorité de primipares), les raisons fréquemment citées sont le fait de pouvoir bénéficier d'une aide et d'une disponibilité du personnel soignant pour répondre à leurs nombreuses questions.

2.6.5. Respect du choix des patientes.



Dans la grande majorité des cas, la sortie se fait en accord avec la patiente. Elle participe activement au choix du mode de sortie (HAD, sage-femme libérale, hospitalisation classique). Lorsque le choix n'est pas respecté, il s'agit d'une confusion par la patiente entre l'HAD et le relais par une sage-femme libérale (dans le cadre des suites de couches physiologiques) ou parfois d'un évènement ne permettant pas la sortie (enfant en néonatalogie,...)

Partie 3

Quel avenir pour les sorties précoces ?

1. EXPLOITATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

D'après mon questionnaire réalisé en Novembre 2008 à l'hôpital Bel-Air de THIONVILLE auprès d'accouchées, nous pouvons en déduire un certain profil de patientes et l'évaluation de l'information qui leur a été donnée et de la connaissance des femmes sur les sorties anticipées ou précoces de maternité. Dans cette troisième partie, je ferai dans un premier temps le bilan des connaissances des femmes sur les sorties anticipées de maternité ainsi que sur l'information qui leur est dispensée tout au long de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Dans un second temps, en me référant aux textes de lois, aux recommandations actuelles, aux exemples de sorties précoces existants en France ainsi qu'à la réalité actuelle sur le temps de séjour hospitalier, je tenterai de proposer des solutions afin d'améliorer l'information délivrée aux futures mères et d'optimiser par conséquent l'organisation de leur sortie.

1.1. Profil de la population étudiée.

1.1.1. Age.

Mon étude montre que l'âge moyen des femmes ayant répondu à mon questionnaire se situe autour de 28,6 ans (avec des extrêmes allant de 16 ans à 42 ans). Une majorité de femmes avaient entre 26 ans et 30 ans, ce qui correspond à la tranche d'âge moyen du premier enfant en France.

1.1.2. Situation familiale.

Une grande majorité des patientes vit en couple (94% des cas). Leur conjoints participent souvent au choix du mode de sortie (68%), mais seulement 19 sur 50 ont prévu leur congé de paternité immédiatement après la sortie de maternité. Nous pouvons supposer que l'organisation de la sortie s'avère difficile dans les cas où la patiente n'a pas bénéficié de suffisamment d'information et/ou que la décision de sortie anticipée de maternité s'est effectuée rapidement (souvent au moment ou après l'accouchement), d'autant plus que le conjoint n'est pas toujours disponible au moment de la sortie.

Durant mes 4 années d'études, j'ai effectué plusieurs stages en maternité (dont celle de l'hôpital Bel-Air de Thionville) et j'ai pu observer certaines situations de sorties anticipées dans lesquelles les patientes avec qui j'ai pu discuter me disaient n'avoir pas été prévenues assez tôt. Elles disaient souvent n'avoir été informées qu'au moment de l'accouchement ou des suites de couches de la possibilité du retour à domicile au troisième jour du post-partum, et vivaient leur sortie de façon précipitée. Certaines ont également évoqué le fait que l'organisation de ce retour à domicile s'avérait difficile notamment parce que leur conjoint travaillait. Cependant ces patientes ont pour la plupart, malgré les difficultés d'organisation, choisi un mode de sortie anticipée.

1.1.3. Grossesse.

Dans mon étude, il y avait 23 primipares pour 27 multipares (23 femmes sur 50).

Dans la majorité des cas les femmes déclarent être suivies durant la grossesse par un gynécologue-obstétricien (de ville et/ou hospitalier). Seules 13 patientes ont dit être suivies par une sage-femme.

Parmi les 50 femmes ayant répondu à mon questionnaire, 13 ont été hospitalisées durant leur grossesse. Parmi ces 13 femmes, seulement 3 ont choisi une

hospitalisation classique. On peut donc dire que le fait d'avoir eu une pathologie durant la grossesse n'intervient pas dans le choix de sortie anticipée de maternité.

La réalisation d'un projet de naissance reste encore très limitée en France. En effet, dans mon étude, seules 3 femmes en ont fait et parmi elles 2 y ont précisé leur souhait de mode de séjour à l'hôpital et de retour à domicile. Les projets de naissance devraient être valorisés par les professionnels de santé. Cela permettrait aux patientes d'investir pleinement leur grossesse, de pouvoir s'organiser de façon optimale et de se projeter déjà dans « l'après accouchement », même si nous pouvons comprendre que cela ne soit pas leur priorité durant la grossesse.

Les patientes se sentent impliquées puisqu'elles suivent les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (notamment lorsqu'il s'agit d'un premier enfant). Malgré le fait que le séjour en maternité et les possibilités de sorties soient en général abordés par les sages-femmes lors de ces séances, les patientes sont à ce moment moins réceptives. Leur préoccupation principale se situe autour de l'accouchement (déroulement, gestion de la douleur, anesthésie péridurale, prise en charge de leur enfant à la naissance,...).

Parmi les multipares (au nombre de 27 dans mon étude), la moitié d'entre elles (soit 13) ont déjà bénéficié d'une sortie anticipée de maternité lors d'un précédent accouchement. Durant mon stage, j'ai pu constater une certaine confusion de la part de ces femmes. La fois précédente, elles avaient pu bénéficier de l'Hospitalisation à Domicile rattachée à l'hôpital Bel-Air de Thionville qui n'avait alors pas encore défini tous les critères d'inclusion (et d'exclusion) des patientes. Comme elles avaient été satisfaites par ce mode de sortie et par le suivi réalisé par la sage-femme et/ou la puéricultrice, elles souhaitaient réitérer l'expérience avec l'HAD. D'où une certaine incompréhension de leur part lorsque la sage-femme de maternité était amenée à leur dire que n'ayant aucune pathologie, elles ne pouvaient pas bénéficier de l'HAD. L'information réajustée a-t-elle été délivrée à toutes les femmes ?

1.1.4. Accouchement.

Dans mon étude, 20% des patientes ont eu une césarienne. La moitié d'entre elles ont préféré un séjour classique de 7 jours à la maternité afin de bénéficier de soins médicaux continus et de se reposer. On pourrait conclure que le fait d'avoir recours à une césarienne engendre plus facilement un choix d'hospitalisation classique et que la sortie précoce est moins facilement envisageable par les patientes du fait de la lourdeur du geste médical et de la fatigue. Cependant dans cette étude il ressort que parmi ces 5 femmes ayant subi une césarienne et souhaitant rester 7 jours à la maternité, 4 d'entre elles ne connaissaient pas d'alternatives au séjour classique. Nous pouvons donc nous demander quel aurait été leur choix si elles avaient été mieux informées ? Auraient-elles préféré un retour anticipé à domicile ou, malgré les autres possibilités proposées par l'hôpital, auraient-elles maintenu leur choix d'hospitalisation classique ?

1.1.5. Nouveau-né – Alimentation.

Parmi les femmes interrogées, la moitié d'entre elles allaitent leur enfant.

Sur les 21 femmes donnant le biberon à leur enfant, seulement 5 ont choisi un séjour classique en maternité.

Sur 21 femmes allaitant, 16 ont préféré un séjour classique en maternité à un retour à domicile précoce au troisième jour du post-partum, soit 3 fois plus que celles n'allaitant pas. Les raisons citées dans ce cas ont été : « d'être bien entourée en cas de questions sur les soins et l'allaitement », « d'être accompagnée par la sage-femme et la puéricultrice, d'obtenir de l'aide », « de bénéficier d'un suivi sérieux en cas de problème ».

Les mères se sentent plus en sécurité à l'hôpital. Elles savent qu'à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit elles peuvent solliciter le personnel soignant (sage-femme ou puéricultrice) pour demander de l'aide, pour poser des questions. Les femmes sont angoissées par rapport à leur enfant, elles disent « avoir peur de ne pas bien s'en occuper ». Quand elles allaitent cette anxiété est majorée. Elles souhaitent

pour la plupart être rassurées dans leur capacité à nourrir leur enfant. Beaucoup ont peur « qu'il ne prenne pas bien le sein », « qu'il ne boive pas suffisamment ».

Il est vrai que les soignants ne peuvent pas leur délivrer toutes les informations en 3 jours. Mais nous savons que le relais à domicile par une sage-femme et/ou une puéricultrice permet de répondre à leurs questions et d'approfondir tous les points n'ayant pas pu être abordés à la maternité. Le raccourcissement de la durée de séjour en maternité laisse moins de temps au personnel soignant de l'hôpital pour dépister d'éventuelles pathologies, notamment au niveau de l'allaitement (apparition de crevasses, montée laiteuse du 3^e jour qui correspondrait au retour à domicile).

Le suivi à domicile est-il suffisamment adapté ? Nous ne revoyons la femme que 3 fois après sa sortie. Mais est-ce toujours suffisant ? Le taux d'allaitement en France est bien loin derrière celui des autres pays d'Europe. En effet 50% des enfants sont allaités à la naissance et seuls 10% le sont encore à un mois de vie (contre 70% en Suède par exemple) [26] Le suivi de l'allaitement, notamment chez les primipares, ne mériterait-il pas d'être renforcé ?

1.1.6. Séjour en Maternité.

Les possibilités de séjour en chambre seule sont très limitées dans la plupart des hôpitaux. (à l'hôpital Bel-Air de Thionville, il n'y a que 6 chambres seules). Dans la plupart des cas les femmes sont à deux dans une chambre. Nous comprenons assez aisément que le « repos » dont ont besoin les nouvelles accouchées soit difficile dans ces cas. En effet, durant la nuit, chacune est amenée à se lever plusieurs fois pour changer son bébé, pour le nourrir,... Durant l'après-midi, les visites 'défilent'. Cette situation favorise la motivation qu'ont les femmes à rentrer rapidement à domicile.

Le repos à domicile est un critère souvent cité par les patientes lors d'un choix de sortie anticipée. L'entourage (notamment les grands-mères) et le conjoint interviennent bien souvent pour aider les nouvelles mamans, et c'est également un des critères essentiels qui motive une sortie précoce.

1.2. Connaissance des femmes.

1.2.1. Les sorties anticipées ou précoces.

A la question « savez-vous ce qu'est une sortie précoce ? », nous pouvons constater que globalement les femmes ont une idée plus ou moins approximative de la définition d'une sortie anticipée. Seules 2 femmes ont répondu qu'elles ne savaient pas. Les réponses sont assez variables, les femmes savent qu'il s'agit d'une sortie de maternité plus tôt que prévu mais leur réponse reste assez vague. Certaines ont précisé que c'était une sortie au 2^e jour du post-partum, d'autres au 3^e jour, 4^e jour, voir au 5^e jour pour quelques unes.

Le suivi à domicile par une sage-femme libérale ou l'Hospitalisation à Domicile ont été cités 17 fois. Les alternatives à l'hospitalisation classique en maternité sont donc connues par 38% des femmes. Mais nous pouvons noter qu'encore 14 femmes (soit 28%) déclarent ne pas connaître d'alternatives au séjour classique.

19 femmes n'ont pas répondu à la question, ce qui reste une proportion trop importante pour pouvoir conclure sur la connaissance globale de la population étudiée.

1.2.2. Durée de séjour en maternité.

Cependant lorsque nous demandons à ces 50 femmes quelle est, selon elles, la durée normale de séjour en maternité lors d'un accouchement par voie basse, 30 d'entre elles, soit 60%, savent qu'elle est classiquement de 5 jours. (les 20 autres femmes ont coché 3 jours ou 4 jours).

Par contre, à la même question (durée de séjour normale) lors d'un accouchement par césarienne, les réponses sont plus étalées ; elles vont de 4 jours à 8 jours. Il y a quand même 21 femmes (dont une forte proportion ayant eu une césarienne) qui ont répondu que la durée était de 7 jours.

Nous pouvons supposer que les femmes n'ayant pas eu de césarienne ne se soient pas senties concernées. Or, il serait nécessaire que l'éventualité de la césarienne

en urgence, non programmée soit envisagée par les femmes, ne serait-ce entre autres que pour l'organisation de la sortie.

L'information que nous leur délivrons en amont de la naissance doit intégrer toutes les éventualités afin d'organiser le séjour à la maternité et le retour à domicile (qu'il soit précoce ou non !).

1.3. Les sorties précoces de maternité.

1.3.1. L'information.

39 femmes sur 50 déclarent avoir reçu des informations sur le mode de sortie de maternité et sur les différentes possibilités que l'hôpital Bel-Air de Thionville pouvait leur offrir.

1.3.2. Moment de la réception des informations.

Nous pouvons noter que la majorité des femmes interrogées n'ont été informées des possibilités de séjour et de retour à domicile qu'en Maternité, lors de l'admission ou durant les suites de couches. Seulement 18 patientes (soit 36%) ont déclaré avoir reçu pendant la grossesse des informations sur les sorties de maternité. Nous pouvons nous demander ce qu'il en est réellement sur le terrain.

Toutes les femmes sont suivies durant leur grossesse, nous l'avons vu précédemment, par un gynécologue-obstétricien et/ou une sage-femme. Ce sont les vecteurs principaux de l'information. Pourquoi les patientes déclarant avoir été informées durant la grossesse sont minoritaires ? (18 femmes sur 50). Quelles sont leurs préoccupations avant l'accouchement ?

L'information n'est-elle vraiment pas suffisante (malgré le nombre impressionnant de documentation écrite, de brochures disponibles) ? Y a-t-il un

moment opportun pour aborder la question du séjour en maternité et du retour à domicile, et lequel ?

Il ne faut pas négliger le fait que l'information fait partie intégrante de l'organisation de la sortie, mais l'inverse est aussi nécessaire voir indispensable.

1.3.3. Vecteurs de l'information.

Les sages-femmes sont les principales vectrices de l'information sur les sorties précoces. En effet, 43 fois sur 50 les femmes déclarent avoir été informées par une sage-femme (libérale, hospitalière, HAD). Toutes les femmes ayant été informées durant le séjour à la Maternité l'ont été par une sage-femme (maternité ou HAD) et sont globalement assez ou très satisfaites.

L'information est également véhiculée par les médecins mais moins fréquemment. Les patientes en restent néanmoins satisfaites.

L'entourage familial ou amical des patientes leur permet aussi de connaître les alternatives par le biais du « bouche à oreilles » mais cela aboutit souvent à des informations erronées, non exactes.

Les médias, notamment Internet sont quelque fois consultés pour obtenir des informations mais les patientes se disent peu satisfaites des réponses.

Dans le cadre du projet de service mis en place en 2008 par la Maternité de l'hôpital Bel-Air de Thionville, nous pouvons constater qu'il y a une amélioration au sein des suites de couches sur l'organisation de la sortie. L'ensemble du personnel soignant gravitant autour de la naissance est sensibilisé à l'information sur les sorties anticipées ou précoces. Le thème est très souvent et presque systématiquement abordé dès l'arrivée en service de Maternité. Mais n'est-ce pas déjà un peu trop tard pour discuter avec la femme des possibilités de retour à domicile ? Cela n'engendre-t-il pas un choix précipité ?

Une plaquette informative reprenant les différentes possibilités offertes par l'hôpital de Bel-Air a été créée et mise à disposition depuis juin 2008. Elle devait être disponible dans les salles d'attente de gynécologie-obstétrique et délivrée au cours du 9^e mois, ciblant ainsi la quasi-totalité des patientes accouchant dans cette structure.

Cependant, dans mon enquête réalisée en Novembre 2008, soit 5mois après la mise en place de ce moyen de communication, nous pouvons constater que 22% des accouchées ont reçu la plaquette, cela reste un pourcentage très faible. L'organisation des modalités de délivrance de cette plaquette devrait être renforcée.

1.4. Choix du mode de sortie.

1.4.1. Moment du choix.

D'après les résultats de l'enquête, la majorité des femmes ont choisi leur modalité de séjour en maternité et ont réfléchi à une sortie anticipée seulement au moment de l'accouchement et des suites de couches (28 femmes sur 50). Ce qui confirme le fait que jusqu'à l'accouchement, leur préoccupation ne se situe pas sur la période des suites de couches mais qu'immédiatement après la naissance le thème est rapidement abordé. Les sages-femmes de salles de naissances et surtout de suites de couches ont pour mission d'évoquer les possibilités de sorties avec la patiente. C'est à ce moment qu'est envisagée la sortie précoce. Mais comment pouvoir l'organiser de façon optimale en 3 jours si la femme n'y a pas pensé ou réfléchi en amont de l'accouchement ?

1.4.2. Quelle sortie ?

Sortie précoce HAD / Sage-femme libérale.

Durant le mois de Novembre 2008, parmi la population ayant répondu à mon questionnaire, nous pouvons constater que 30% des femmes ont choisi de sortir plus tôt de maternité avec un relais par l'Hospitalisation à Domicile. Ce sont principalement des multipares qui ont déjà bénéficié de ce service lors d'un précédent accouchement. Cependant, nous l'avons vu précédemment, il subsiste une certaine confusion sur les critères d'inclusion à l'HAD.

24% des femmes souhaitent sortir avec un relais par une sage-femme libérale. La plupart du temps il s'agit d'une volonté de continuité des soins avec la sage-femme libérale qui les suivaient durant la grossesse.

Hospitalisation classique.

Enfin, 20 patientes ont préféré une hospitalisation classique en maternité. Parmi elles, 13 sont des primipares. Les raisons citées pour quelques patientes ont été « je n'avais pas envisagé ma sortie au préalable », « j'ai accouché la nuit donc je ne peux pas sortir plus tôt », « il n'y a pas de sorties le week-end ». Nous pouvons ainsi nous demander quels sont les freins à la sortie précoce chez les primipares ? Est-ce un manque d'informations ? Bien évidemment d'autres facteurs interviennent également dans cette prise de décision. (besoin d'être confortée dans l'instauration du lien mère-enfant, d'être aidée pour les soins,...). Mais, si la sortie avait été envisagée avant l'accouchement avec un professionnel de santé, dans le cadre par exemple d'un projet de naissance, les femmes ne se sentiraient-elles pas plus sereines ?

Je pense qu'il serait bon de valoriser la rédaction d'un projet de naissance par les futurs parents mais en collaboration avec les professionnels de santé de l'établissement concerné afin que leurs choix restent en accord avec les possibilités de la structure d'accueil. Ainsi les parents deviendraient acteurs à part entière de ces événements que sont la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

1.5. Organisation de la sortie.

1.5.1. Autorisations de sortie.

D'après les résultats obtenus, nous pouvons constater que les patientes ne savent pas vraiment comment s'organise une sortie et quels sont les acteurs qui décident de la possibilité d'un retour à domicile.

6 patientes seulement disent intervenir, participer au choix du mode de sortie. Durant mes stages, il est vrai que quelquefois, j'ai pu entendre des patientes dire « j'ai l'impression qu'on me jette dehors ». Il est important, voire essentiel qu'on ne perde pas de vue, en tant que professionnels de santé, que la décision ou plutôt le choix émane tout d'abord de la patiente. La sortie précoce doit rester une proposition, une possibilité parmi d'autres et ne doit pas être imposée à toutes les patientes. La façon dont nous présentons nos services aux femmes est importante et déterminante.

Seulement 10% de la population étudiée a cité tous les intervenants lors d'une sortie anticipée (gynécologue-obstétricien, pédiatre, sage-femme hospitalière, sage-femme libérale, la patiente elle-même). Comment organiser un séjour hospitalier ou une sortie (précoce ou non) sans connaître les conditions, les acteurs ? Et comment gérer l'imprévu face à un manque de place (en HAD ou chez une sage-femme libérale), face à une pathologie chez l'enfant nécessitant une hospitalisation prolongée,... ? Les femmes n'y sont pas préparées.

1.5.2. Respect du choix.

Le choix de la patiente est globalement respecté. La sortie se fait en accord avec elle. Encore faut-il être sûr qu'il s'agit réellement d'un choix libre et éclairé de la patiente. Ce choix n'est-il pas induit par la politique actuelle de santé qui tend à diminuer le temps de séjour hospitalier ? Dans les prochaines années les sorties précoces vont continuer à se développer en France. Il serait donc judicieux d'élargir l'information faite aux femmes durant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. La documentation écrite prime sur les informations orales mais ne doit pas s'y substituer.

2. AMELIORATION DU SYSTEME DE SOINS.

2.1. Nécessité de développer le travail en réseau.

Le but est d'améliorer la prise en charge des patientes. Pour cela, il faut une harmonisation du discours des professionnels de santé au sein de chaque structure.

Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire 2006-2011 ainsi que le Plan de Périnatalité ont pour objectifs, entre autres, la complémentarité des professionnels gravitant autour de la naissance, l'anticipation des relais locaux pour chaque structure hospitalière, la coordination des différents acteurs de la périnatalité pour « une prise en charge en partenariat, pluridisciplinaire et globale » [21].

La qualité de la sortie et la satisfaction des patientes passent par la qualité de son organisation. Pour cela le discours doit être le même quelque soit l'intervenant afin d'avoir du sens et une certaine cohérence.

La sortie doit être planifiée au sein du réseau selon un cahier des charges. Un projet de sortie rédigé au préalable permettrait une continuité des soins. Selon la Haute Autorité de Santé il faut dans un premier temps recenser les ressources [10], puis établir le cadre de travail et le rôle de chaque intervenant, former le personnel participant et établir un dossier de liaison.

Actuellement, à l'hôpital Bel-Air de Thionville, la sortie n'est envisageable qu'au 3^e jour du post-partum (voir le 4^e jour en cas de césarienne). Or la définition d'une sortie précoce est « le retour à domicile de la mère et de son nouveau-né dans les 48 heures suivant la naissance après un accouchement voie basse et 96 heures suivant une césarienne » [5]. Une harmonisation du fonctionnement des services (maternité, Hospitalisation à domicile, sages-femmes libérales) semble nécessaire [27]. Cela permettrait entre autres de pouvoir organiser une sortie précoce au bout de 48 heures après l'accouchement. Une convention a récemment été signée entre l'hôpital Bel-Air de Thionville et les sages-femmes libérales exerçant à proximité.

Un exemple d'organisation en réseau : 'le réseau Périnat 92 sud'. [28]

Ce réseau a été créé en 1999 dans le département des Hauts-de-Seine. Il est ouvert à tous les intervenants en périnatalité, c'est-à-dire les médecins (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, généralistes,...), les sages-femmes, les soignants (puéricultrices, infirmières,...), les psychologues, les assistantes sociales, les aide-ménagères, les membres d'associations d'aide aux familles,...etc. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des mères et des nouveau-nés en optimisant la communication et la coordination entre les différentes structures et intervenants de la périnatalité. Ce réseau a permis la mise en place de groupes de travail dont un des objectifs est la sortie de maternité avec un renforcement des liens entre maternité, Protection Maternelle et Infantile, Hospitalisation à Domicile et sages-femmes libérales. Des réunions mensuelles ont permis notamment de réfléchir ensemble aux problèmes et aux actions à entreprendre, de définir des référents dans chaque structure chargés de diffuser les informations à leur équipe. Des 'formations-échanges' entre les différents acteurs ont favorisé la recherche d'une cohérence dans le discours des professionnels afin d'avoir une attitude et un langage communs.

2.2. Nécessité de planifier et d'organiser la sortie.

La sortie devrait être idéalement planifiée avant le séjour en suites de couches.

Actuellement, sur le site de l'hôpital Bel-Air de Thionville, l'Hospitalisation à Domicile fonctionne encore largement sur la base du recrutement en suites de couches. La réflexion devrait se faire en amont de la naissance. La visite du 9^e mois serait un moment idéal pour entrer en relation avec la patiente, discuter avec elle des possibilités de sortie qui s'offrent à elle, en lui précisant les critères d'inclusion, les modalités, l'organisation, le fonctionnement des différents relais... Les consultations en cours de grossesse ainsi que les séances de préparation à la naissance devraient également être des moments privilégiés pour envisager « l'après accouchement ».

La documentation écrite (notamment la plaquette informative de l'hôpital) devrait être plus largement disponible et distribuée durant la grossesse afin de sensibiliser une grande majorité des futures mères. Mais aussi durant les suites de couches, les patientes devraient pouvoir bénéficier d'emblée d'un document spécifique reprenant l'organisation de la sortie et du retour à domicile, les coordonnées des différents intervenants selon leur choix afin qu'elles puissent déjà en prendre connaissance et que nous puissions avoir le temps de répondre à leurs éventuelles interrogations. Un des objectifs durant les suites de couches est de parvenir rapidement à une autonomie de la patiente.

Un exemple : Sortie précoce à l'hôpital de la Croix-Rousse à LYON.

Un protocole [annexe] a été rédigé depuis 2001 à l'hôpital-maternité de la Croix-Rousse de LYON. Celui-ci rappelle l'organisation générale et pratique, le déroulement chronologique du séjour court ainsi que les critères d'exclusion.

L'information [29] sur les types de séjour à la maternité (classique et court) est faite précocement pendant la grossesse ; si la patiente est intéressée par un séjour court, une plaquette d'informations plus précise lui est remise en consultation. La visite prénatale est indispensable. La patiente doit prendre rendez-vous avec une sage-femme libérale au plus tard au début du 9^e mois afin de constituer son dossier, de rechercher d'éventuelles contre-indications et de recevoir des informations obligatoires (relecture de la plaquette, précision et explication des modalités pratiques, organisation selon la période, test de dépistage systématique, examen pédiatrique, contraception, ré hospitalisation possible).

2.3. Nécessité de l'évaluation des dispositifs mis en place.

Le développement d'outils d'évaluation plus précis s'avère nécessaire pour confirmer le fait que les sorties précoces de maternité sont un véritable « passeport pour une sortie réussie » [6].

Selon la Haute Autorité de Santé [10], l'évaluation d'un dispositif de suivi de retour précoce à domicile doit être prévue dès sa mise en place. Des enquêtes ponctuelles permettent de mesurer le niveau de satisfaction des femmes (évaluation qualitative). Les professionnels de santé gravitant autour de la naissance sont également interrogés. Le bilan annuel d'activité permet une évaluation plus quantitative.

Le développement d'outils comme les audits cliniques permet une évaluation des pratiques professionnelles (méthode d'amélioration de la qualité). Dans le cadre des sorties précoces, ils permettent de mieux visualiser les freins et les moteurs, d'améliorer l'organisation et la mise en place du réseau en proposant des solutions par rapport à ce qui est faisable.

Un exemple d'audit clinique ciblé : les critères d'évaluation de l'ANAES.

Trois axes principaux ressortent de cet audit [24] : l'organisation, l'information et la continuité des soins. Selon ces axes, 17 critères ont ainsi été élaborés [annexe]. Parmi ceux-ci nous retrouvons par exemple : « la sortie a fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec l'entourage du patient », « les différents services à domicile ont été proposés », « une concertation entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers a permis de préciser les objectifs de l'hospitalisation », « un document de synthèse paramédical est confié au patient ou joint à son dossier en cas de transfert »,...

Conclusion

En France, l'influence politique (offre de soins de proximité), l'influence économique (dans le cadre de la T2A), l'influence des recommandations de la Haute Autorité de Santé ainsi que la demande croissante des mères favorisent l'essor des sorties précoces. Mais leur développement ne doit surtout pas être banalisé.

Le relais à domicile doit garantir la qualité des soins et la sécurité de la mère et du nouveau-né. Différents modes de prise en charge existent (relais par une sage-femme libérale, hospitalisation à domicile). Il serait bénéfique pour les patientes qu'elles en aient connaissance en amont de la naissance afin de pouvoir envisager et organiser le retour à domicile.

D'après les résultats de mes questionnaires distribués de façon anonyme à la maternité de l'hôpital Bel-Air de Thionville durant le mois de Novembre 2008, nous constatons que les mères sont demandeuses de retour précoce à domicile et sont globalement satisfaites par l'information qu'elles ont reçue. Cependant leurs connaissances sur les modalités de sorties proposées par les établissements de santé restent approximatives. Le manque d'anticipation ressort encore largement, ce qui témoigne d'un manque d'organisation en amont et au moment des suites de couches.

Un des objectifs des prochaines années est de converger vers une prise en charge plus globale et moins morcelée par la création entre autre de véritables réseaux de soins. La coordination des différents intervenants de la périnatalité s'avère indispensable pour améliorer l'organisation et donc l'information sur les sorties précoces de maternité. Actuellement les femmes sont inondées de documentations écrites. Cependant l'information orale délivrée par les professionnels de santé doit rester primordiale. Des évaluations régulières permettraient par une critique constructive de tendre vers l'amélioration du système.

A l'avenir, ce mode de sortie peut-il convenir à toutes les patientes ? Comment harmoniser l'information et la prise en charge et comment optimiser le suivi à domicile lors des sorties précoces ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Schéma de la communication. (page consultée le 18 Août 2008).
<http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-54.pdf>
2. Comment mieux informer les femmes enceintes, recommandations. (page consultée le 10 Juillet 2008)
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>
3. M. Desmares. Rôle de la sage-femme dans l'accompagnement des parents. Colloque « intervention précoce et soutien des famille » 16/01/07. (page consultée le 20 Septembre 2008)
http://www.psychologuesfreudiens.org/article.php3?id_article=372
4. OECD. Les statistiques de santé relèvent des dépenses de santé sans précédent. (page consultée le 7 Juillet 2008).
<http://www.oecd.org/document.html>
5. C. BERTEWAS. Retour précoce à domicile, Nancy 25/11/2005.
6. Passeport pour une sortie réussie. F. DOMERGUE, sage-femme cadre supérieur, CHU Montpellier. Entretiens de BICHAT, « entretiens des sages-femmes 2007 », 85 pages.
7. Mémoire « les sorties précoces de la maternité : satisfaction des différents partenaires ». N. COSTIOU, 2006, Université de NANTES.
8. Périnatalité et congé parental. (page consultée le 24 Août 2008)
<http://www.perinat-lr.org/PUB/2grossesse/postpartum2.htm>

9. AMELI. Assurance maladie en ligne, l'hospitalisation. (page consultée le 20 Septembre 2008)
<http://www.ameli.fr>
10. Sortie précoce après accouchement – conditions pour proposer un retour à domicile. Recommandations. 2004. (page consultée le 06 Juin 2008)
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf
11. Hospitalisation et maternité à domicile. Les dossiers de l'obstétrique 38^e année, février 2003, numéro 313.
12. Mémoire. Les sorties précoces post-natales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral ». A. BATTUT, école de cadre sages-femmes DIJON, 2007.
13. Un suivi organisé, cahier des charges des réseaux en périnatalité. (page consultée le 16 Septembre 2008)
http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/2006_cdc_reseau_perinat.pdf
14. Suivi de l'allaitement maternel à domicile. (page consultée le 3 Novembre 2008)
http://www.ippperinat.com/IMG/pdf/InterventiondeN.Marrast_octobre_07.pdf
15. La première semaine de vie. (page consultée le 3 Novembre 2008)
www.academie-medecine.fr/Upload/anciens/rapports_235_fichier_lie.rtf
16. C. D'ERCOLE, Médecine périnatale, sortie précoce de maternité. 33^e journées nationales de médecine périnatale. NANTES, 2003. 353 pages.
17. HAD, définitions, fonctionnement, objectifs. (page consultée le 24 Août 2008)
<http://www.had-metz.org/home2.htm>
18. M. CAPUTO. Visite de sortie du réseau. Une prise en charge en amont et en aval de la naissance. Journée de travail « cahier des charges des réseaux en périnatalité » 12/09/2005.

19. Mémoire « les suites de couches à domicile : une nouvelle approche ». S. CRISTINELLI, METZ, 2000.
20. Mémoire « Un, deux et trois jours et puis s'en vont... Accompagnement des femmes lors d'une sortie anticipée de maternité ». A. DIEBOLD, METZ, 2006.
21. Plan de périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>
22. La Charte du patient hospitalisé.
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/charte_patient/doc_pdf/charte_a4_nb.pdf
23. Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé – Préparation de la sortie du patient hospitalisé – ANAES – 2001.
24. Méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, HAS. L'audit clinique ciblé (ACC) en établissement de santé, Juin 2007. (CD Rom)
25. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. Volume 53, numéro 4. Septembre 2005.
26. G. PUTET. Sortie précoce de maternité : conséquences et objectifs à atteindre pour la santé de l'enfant. 33^{ème} journées nationales de médecine périnatale. 2003.
27. E. SOUSSAN. Des séjours plus courts en maternité : les réseaux. Profession sage-femme numéro 105.
28. M. VIAL, C. BOITHIAS-GUEROT, C. CASTEL. Proposition : un exemple d'organisation en réseau. 2003.
29. M. COURBIERE. Organisation séjours courts. Hôpital de la Croix-Rousse, LYON. 2005.

ANNEXES

Après la naissance de votre enfant, la sortie de maternité adaptée à votre situation

Les sages femmes sont à votre disposition
Pour préparer votre retour à domicile,
l'équipe médicale de l'hôpital Bel-Air de Thionville vous propose :

SOIT

“Un séjour classique”

Toute l'équipe soignante sera à votre écoute
pour vous aider à bien démarrer votre nouvelle vie avec bébé.

SOIT

“Un retour précoce à votre domicile avec relais

dès le 3^e jour après votre accouchement / à partir du 4^e jour après une césarienne

L'hospitalisation à domicile (H.A.D.)

- ▶ Une sage femme viendra chez vous tous les jours afin d'évaluer votre état de santé ainsi que celui de votre enfant.
- ▶ L'équipe d'hospitalisation à domicile travaille en collaboration avec l'équipe hospitalière.
- ▶ Vous bénéficiez de l'aide, des conseils et des soins assurés par les sages femmes de l'unité d'HAD
- ▶ Une aide à domicile peut vous être proposée pour les travaux ménagers.
- ▶ Le numéro de téléphone du service de maternité sera mis à votre disposition 24h/24, 7jours/7.

Un relais avec votre sage femme libérale

- ▶ Votre état de santé ainsi que celui de votre enfant ne présentent pas de complications.
- ▶ Vous vous sentez suffisamment autonome et en confiance.
- ▶ Vous organisez votre retour avec l'équipe soignante et votre sage femme libérale.
- ▶ Elle poursuivra l'accompagnement et votre suivi médical ainsi que celui de votre bébé, débutés à la maternité

Prise en charge téléphonique

24 H/24, 7 JOURS/7

Unité mère enfant

91 : 03 82 55 84 12

92 : 03 82 55 84 15

De 8h30 à 17h00

Les sages femmes d'HAD

06 76 45 73 90

06 75 35 13 83

Les sages femmes libérales de la Moselle
Coordonnées téléphoniques
disponibles à la Maternité.

SORTIE PRECOCE / RELAIS S.F. LIB.

Critères d'éligibilité mère / NNé¹

- Consentement de la mère
- Absence d'ATCD nécessitant une surveillance particulière dans le post-partum
- Grossesse physiologique, suivie et déclarée
- Accouchement sans complication entre 37 et 41 SA
- Suites d'accouchement ou post-op simples
- Examen clinique et constantes normaux
- Examens biologiques normaux (Hb > 8g/l)
- Prise en charge de la douleur par traitement per os
- Allaitement efficace : position du NNé et prise du sein correctes, contrôle de 2 repas réussis et documentés
- Autonomie relative, confiance en soi
- Sécurité psychologique
- NNé à terme singleton eutrophique, Apgar à 5mn > 7
- Examen clinique et signes vitaux stables dans les 12h avant sortie
- Elimination normale (méconium dans les 24 1ères h de vie)
- Absence d'ictère dans les 24 1ères heures : dosage transcutanée de la bilirubine à H24
- Tests de dépistage organisés par la maternité et programmés.

ADMISSION EN HAD

Critères d'éligibilité mère / NNé²

- Consentement de la mère
- Grossesse patho et déjà prise en charge en HAD ante partum
- Grossesse multiple
- Accouchement par césarienne nécessitant des soins
- Pathologies du post-op. ou pb. de cicatrisation (épiso, thrombose, hématome)
- Patho. Infectieuses et patho. à risque de compliquer le post partum
- Patho. vasculaires systémiques
- Risque de dépression maternelle
- Risque de décompensation d'un pb. psychopathologique connu
- Difficultés psychologiques et / ou sociales en lien ou en attente de lien avec la PMI
- Accompagnement à l'allaitement en cas de difficultés et en l'absence de SF lib.
- Surveillance d'un ictère néo-natal
- Surveillance de la courbe pondérale

¹ ANAES sortie précoce après accouchement, conditions pour proposer un retour précoce à domicile Mai 2004

² Circulaire DHOS/O/ n° 44 du 04 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

**PROJET DE SORTIE
DE MATERNITE**

ETIQUETTE

SERVICE :

CH :

PARITE :

VILLE :

ACCOUCHEMENT LE :

ACCOUCHEMENT VOIE BASSE

CESARIENNE

ALLAITEMENT MATERNEL

ARTIFICIEL

INTERESSEE PAR HAD OUI

INDECISE

ENTREE
PROGRAMEE LE

NON

J0

J1

MOTIF D'ADMISSION en HAD :

J2

J3

J4

Par la sage-femme :

J5

J6

SORTIE AVEC SAGE-FEMME LIBERALE :

OUI

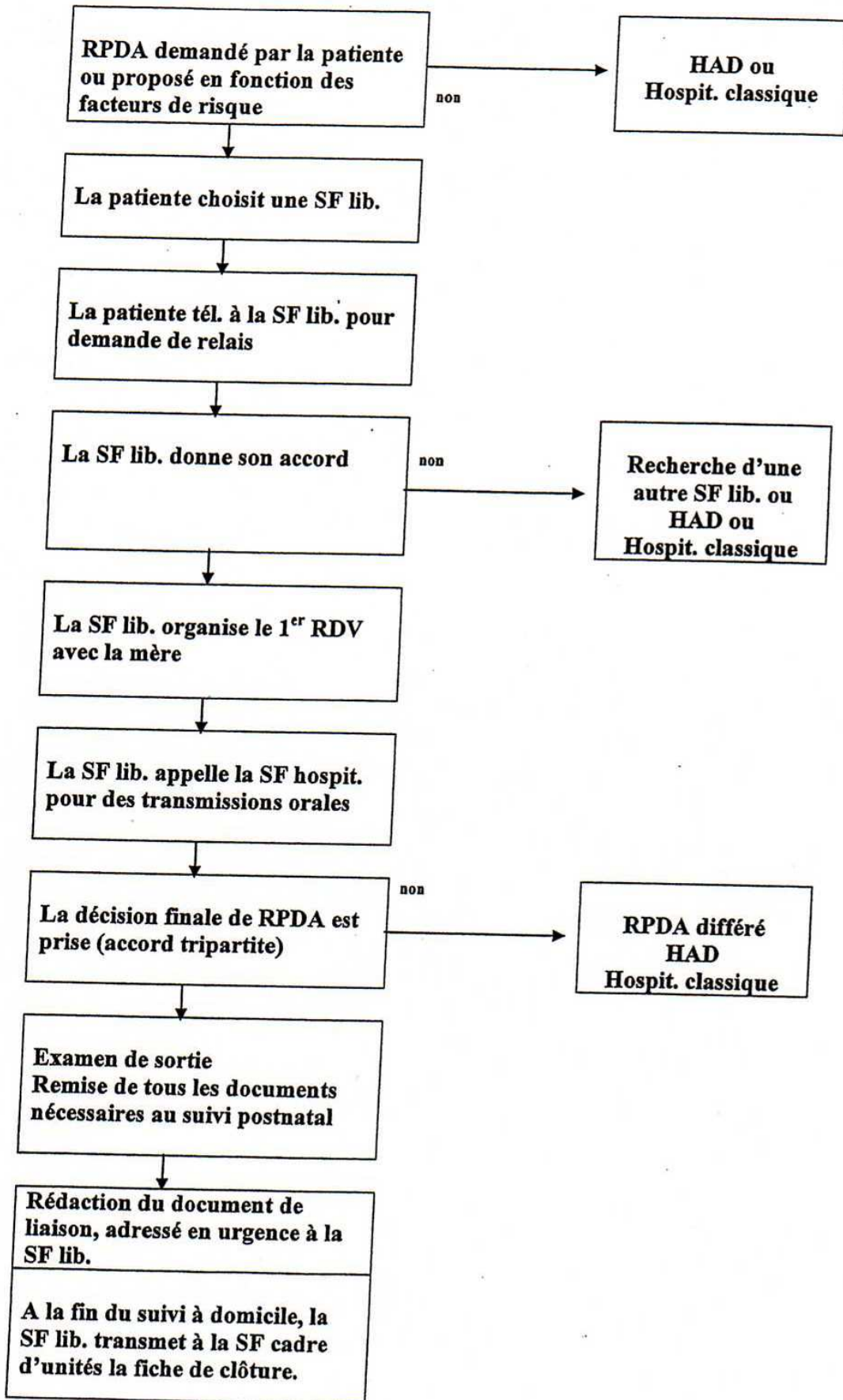
NON POURQUOI ? :

SECTEUR GEOGRAPHIQUE :

Algrange/ Angevillers/ Basse-ham/ Bertrange/ Beuvange sous St Michel/ Bousse/ Boust/
Cattenom/ Distroff/ Ebange/ Elzange/ Enrange/ Erzange/ Escherange/ Fameck/ Florange/
Fontoy/ Gandrange/ Garche/ Guénange/ Hayange/ Hettange-Grande/ Illange/
Koenigsmacker/ Knutange/ Koeking/ Kuntzig/ Manom/ Marspich/ Metzervisse/ Neufchef/
Nilvange/ Oeustrange/ Ranguieux/ Remelange/ Richemont/ Roussy le Village/ Rurange les
Thionville/ Saint Nicolas en Foret/ Seremange/ Stuckange/ Terville/ Thionville/ Uckange/
Volkrange/ Volstroff/ Vitry sur orne/ Yutz

CATHY PALAORO
05/07/2007

Organisation du retour précoce à domicile (RPDA)



PRESENTATION DE LA STRUCTURE

Appellation

- Service d'Hospitalisation à Domicile anté et post-partum

CHR Metz-Thionville
Groupement des Hôpitaux de Thionville
Rue du Friscaty
57100 THIONVILLE

TEL : 06-76-45-73-90

ou 06-75-35-13-83

TEL/FAX : 03-82-55-88-33
(poste : 8833)

U.F. 7478

Directeur des groupements des Hôpitaux de Thionville : Monsieur GUILLOT

Chef de Service – Médecin coordonnateur : Monsieur le Docteur WELTER

Capacité de la structure

10 places

Horaires d'ouverture

8h00-12h00 / 13h00-17h00

Fonctionnement

Tous les jours (y compris dimanche et fériés)

Permanences (en dehors des heures d'ouverture) : salle de naissance

Lieu de coordination

Bureau service 92 – Maternité (2^e étage)

Aire géographique d'intervention

Diamètre d'une trentaine de kilomètres = agglomération Thionilloise
(liste des communes ci-jointe)

CHR METZ THIONVILLE
Maternité BEL AIR
57100 THIONVILLE

Unités Mère enfant
91 : ☎ 0382558412
92 : ☎ 0382558415

Mademoiselle, Madame,

Vous allez sortir précocement de la maternité,

Veillez prendre connaissance des coordonnées téléphoniques de la sage-femme libérale chargée de votre suivi et celles des services d'urgence assurant le relais si besoin.

Nom de votre SAGE-FEMME LIBERALE:

N° Tel :

Nom de votre MEDECIN TRAITANT :

N° Tel :

Nom du MEDECIN qui suivra votre enfant :

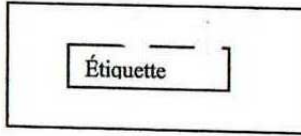
N° Tel :

URGENCES :

Urgence MATERNITE : 03 82 55 84 26

Urgence PEDIATRIQUE : 03 82 55 85 10

Pôle femme enfant
0382558412 - 0382558415
Docteur WELTER
Chef de service
0382558407



- M. le médecin traitant
- Mme la sage femme libérale
- M. le médecin de PMI

Madame, Monsieur, cher (e) confrère

Thionville, le

Nous avons eu en hospitalisation votre patiente Madame
qui a accouché le au terme de semaines d'aménorrhée d'un enfant
de sexe pesant

Mode d'accouchement :

- voie basse
- ventouse
- forceps
- césarienne, motif
- Périnée : intact épisiotomie déchirure, type
- Anesthésie : péridurale raché anesthésie anesthésie générale

Elle présente :

- aucun ATCD particulier
- des ATCD tels que

Tabagisme oui non

- les suites de la naissance sont physiologiques : l'examen clinique du jour montre
- un état général et des constantes normaux, un taux d'hémoglobine à g/dl
- une involution utérine à
- des lochies : sanglantes sérosanglantes
- un périnée : intact en voie de cicatrisation
- une plaie abdominale saine en voie de cicatrisation
- seins souples congestionnés autres
- membres inférieurs

les suites de la naissance ont été marquées par :

- une anémie à g/dl d'hémoglobine
- une infection urinaire une infection génitale
- autre syndrome infectieux
- une insuffisance veineuse une thrombose superficielle
- des complications périnéales
- des complications liées à l'allaitement
- autres complications

TH440

Votre patiente a séjourné : à la maternité du au
 puis en HAD du au
 puis a été suivie par Mme SF libérale

traitement prescrit de pendant
..... pendant
..... pendant
..... pendant

- une contraception par a été prescrite dès la fin du séjour
- un contrôle biologique du type est prévu le
- des soins à domicile du type
- ont été prescrits du au (ou) pendant
- des examens complémentaires du type sont prévus le

Le Nouveau Né, Nom Prénom

- transféré dès la naissance en pédiatrie pour pendant
- transféré secondairement en pédiatrie pour pendant

il ne présente pas de problème particulier :

l'évolution de la courbe de poids est : satisfaisante à suivre
le poids de sortie
alimentation sein allaitement mixte alimentation artificielle
rythme des tétées / des biberons : quantité :

tétées : efficaces autres difficultés

teint rose érythrosique subictérique :
Flash à le
Bilirubine à le

Le Nouveau Né, Nom Prénom
présente :

- des examens complémentaires du type sont prévus le

Toutes les informations sont notées dans le carnet de santé.

La relation mère enfant est : établie à conforter
PMI fiche de liaison contact tél.

En vous remerciant de votre confiance, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, cher (e) confrère, en nos salutations les meilleures.

Madame Docteur Docteur E. WELTER
Sage femme Interne Chef de service

Etiquette patient

SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE
ANTE ET POST PARTUM
GROUPEMENT DES HOPITAUX DE THIONVILLE
CHR METZ-THIONVILLE

PROJET THERAPEUTIQUE

A élaborer par le médecin prescripteur de l'H.A.D en collaboration avec l'équipe hospitalière
et la sage-femme d'H.A.D

Nom du médecin prescripteur : _____

Autorise l'admission en hospitalisation à domicile de :

Mme _____ née le ____/____/____.

Le _____

Signature :

Séjour hospitalier :

Diagnostic principal : _____

Diagnostics associés : _____

Antécédents : _____

Allergies : _____

Problème(s) particulier(s) : _____

Protocole de suivi à domicile :

Indice de Karnofsky : _____ %

1. Surveillance clinique : _____

2. Examens complémentaires : _____

3. Traitements : _____

Visite quotidienne

Visite biquotidienne

Aspect psychologique et objectifs d'accompagnement :

1. en post – partum : _____

2. en anté – partum : _____

Aspect social :

Nécessité de l'intervention : d'une travailleuse familiale
d'une aide-ménagère

Oui non
 Oui non

Etiquette Nouveau-né

SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE
ANTE ET POST PARTUM
GROUPEMENT DES HOPITAUX DE THIONVILLE
CHR METZ-THIONVILLE

PROJET THERAPEUTIQUE

A élaborer par le médecin prescripteur de l'H.A.D en collaboration avec l'équipe hospitalière
et la sage-femme d'H.A.D

Nom du médecin prescripteur : _____

Autorise l'admission en hospitalisation à domicile de :

L'enfant _____

Sexe : F M

Né(e) le ___/___/_____ à _____ heures

Le _____

Signature :

Séjour hospitalier :

Diagnostic principal :

Diagnostics associés :

Allaitement :

maternel

artificiel

Apgar :/.....

Poids de naissance : _____

Poids de sortie : _____

Groupe sanguin : _____

Problème(s) particulier(s):

Protocole de suivi à domicile

Surveillance clinique :

Examens complémentaires :

Guthrie

fait

à faire

Drépanocytose

fait

à faire

Traitements :

**FICHE DE CLOTURE DE LA SORTIE PRECOCE
ENTRE LES SAGES-FEMMES LIBERALES
ET
LA MATERNITE CHR BEL AIR - THIONVILLE**

Étiquette patiente

Parité : Gestité : Date d'accouchement :
Sortie de la maternité le :

Nombre de visites à domicile : Date de fin de suivi à domicile :

Difficulté du lien mère-enfant : Oui :
 Non

Mère : Examen clinique Physiologique
 Pathologique :

Enfant : Examen clinique Physiologique
 Pathologique :

Poids fin de suivi : g, Courbe de poids : Ascendante
 Stagnante
 Descendante

Alimentation : Allaitement maternel, Difficulté(s) :
 Allaitement mixte, Difficulté(s) :
 Allaitement artificiel, Difficulté(s) :

- Autre(s) examen(s) :
- Difficulté(s) rencontrée(s) :
- Consultation(s) (motif(s) et date(s)) :
- Hospitalisation (motif et date) :
- Relais :

Date :

Nom et signature de la Sage-Femme :

Protocole séjours courts – LYON

Définition

C'est un séjour mère enfant écourté par rapport au séjour habituel à la maternité. La durée de ce séjour est au minimum de 48 heures après la naissance par voie basse d'un nouveau né à terme et normo mature.

Un relais est organisé, à domicile, avec les sages-femmes libérales partenaires.

Organisation générale et principes généraux

- Les parents gardent leur libre arbitre.
- Une information ante natale est nécessaire.
- Une consultation avec la sage-femme libérale choisie est indispensable pendant la grossesse.
- L'établissement hospitalier s'assure de la continuité des soins.
- Une collaboration étroite, efficace et respectueuse entre chacun des acteurs hospitaliers et extra hospitaliers est nécessaire.
- Chacun des différents partenaires adhère au protocole et le signe.
- La problématique de la douleur doit être évoquée, un traitement adapté doit être mis en route et correctement expliqué.

Déroulement chronologique du séjour court

- Les patientes sont informées en prénatal des deux possibilités de séjour offertes à la maternité de la Croix-Rousse :
 - Séjour classique de 4 jours après la naissance.
 - Séjour court de 48 heures minimum après la naissance.
- Chaque patiente intéressée par l'option "séjour court" reçoit une plaquette d'information plus précise.
- Une consultation avec une sage-femme libérale est indispensable, au plus tard au 9^{ème} mois de grossesse.
- Lors de cette consultation, la sage-femme libérale prépare avec la patiente le retour à domicile en abordant systématiquement :
 - Les objectifs des visites post natales.
 - Les modalités de contact de la sage-femme libérale après la naissance et l'organisation mise en place pour les week-ends.
 - La récupération du livret de famille (bureau des admissions de l'hôpital).
 - La prise en charge du test de GUTHRIE (fait par la sage-femme libérale à domicile au 3^{ème} ou au 4^{ème} jour).
 - La contraception à envisager en post partum.
 - L'examen pédiatrique qui doit être effectué par un médecin entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour.
 - Le problème particulier de la prise en charge des patientes Rhésus négatif.

- Les ré hospitalisations possibles :
- **Pour le bébé** : dans le service de néonatalogie de l'hôpital de la Croix-Rousse pour traiter un ictère relevant de la photothérapie ou dans un service de pédiatrie générale pour tout autre problème. Cf. Annexe 1.
- **Pour la mère** : dans l'unité de gynécologie du service de gynécologie - obstétrique de l'hôpital de la Croix-Rousse, sans son bébé. Cf. Annexe 1.
 - A l'issue de cette consultation, la sage-femme libérale remet à la patiente son dossier "séjour court".
 - A la maternité, après l'accouchement, la patiente réitère sa demande et transmet son dossier "séjour court" à la sage-femme du service, gage de la consultation anténatale avec la sage-femme libérale.
 - En l'absence de contre indication, la patiente sort à partir de 48 heures de séjour avec son dossier "séjour court" complété par le service.
 - La sage-femme libérale sera contactée directement par la sage-femme hospitalière pour organiser la 1^{ère} visite à domicile.
 - A chacune de ses visites, la sage-femme libérale complète le dossier "séjour court" et le restitue, dans le mois qui suit, à l'hôpital pour évaluation et archivage.

Critères d'exclusion d'un séjour court

1 – Maternels

> Pendant la grossesse

Non liés à la grossesse

- Patiente ayant des antécédents médicaux particuliers : le séjour court est autorisé en fonction de l'avis du médecin référent.
- Patiente ayant des antécédents psychiatriques : le séjour court est autorisé en fonction de l'avis du psychiatre référent.
- Dans tous les cas, le contexte psychosocial doit être évalué afin de savoir s'il est compatible avec un séjour court.

Liés à la grossesse

- Contre indications absolues
 - Grossesse multiple.
 - Pré éclampsie.
 - Antécédent de psychose puérpérale.
- Contre indications relatives

Toutes les situations où l'état de santé de la mère peut nécessiter des soins spécifiques sont susceptibles de constituer une contre indication.

Par exemple, la cholestase gravidique avec bilan hépatique perturbé (une augmentation isolée des acides biliaires ne constitue pas à elle seule une contre indication) si le contrôle du bilan n'est pas effectué.

> A la naissance

Contre indications absolues

- Naissance par césarienne (la sortie est possible à J4 au lieu de J5 ou J6 avec relais à domicile par une sage-femme libérale).
- Hémorragie de la délivrance.
- Périnée complet compliqué.

Contre indications relatives

- Les situations de risque infectieux avec bilan en cours.
- Le périnée complet.

> En suites de naissance

- Refus de la patiente.
- Non présentation par la patiente du dossier médical "séjour court" attestant de la consultation prénatale.
- Mère ayant des difficultés à prendre en charge son bébé.
- Troubles dans l'établissement de la relation mère enfant.
- Fragilité psychique de la patiente.
- Signes d'infection cliniques ou biologiques ou risque infectieux en cours d'évaluation.
- Hémorragie secondaire.
- Anémie sévère.
- Troubles urinaires ou rectaux persistants.
- Complication de cicatrisation périnéale.
- Suspicion de maladie thromboembolique.
- Mère Rh négatif ayant donné naissance à un enfant de Rh positif et dont le résultat du test de Kleihauer est en attente.

2 – Pédiatriques

> Pendant la grossesse

- Diabète :
 - Insulinodépendant.
 - Gestationnel (si mal équilibré par le régime et/ou en cas de macrosomie néonatale).
- Allo immunisation maternelle à fort risque hémolysant.
- Certaines prises médicamenteuses maternelles.
- Toxicomanie : Subutex®, Méthadone®, Héroïne...
- Problèmes infectieux maternels :
 - Infection par HIV.
 - VHB (pas de contre-indication si vaccin fait en ambulatoire).
 - Herpès avec récurrence maternelle < à 10 jours (pas de CI pour les autres cas de risque herpétique si le rendez vous de Consultation en maternité à J7 est donné).
- Pathologie malformative foetale connue.

- Problèmes psychosociaux connus.
- Présence de handicaps maternels (physiques ou mentaux).

> A la naissance

- Prématurité < 37 SA.
- Poids de naissance < 2500 g.
- Risque Infectieux avec critères majeurs (hyperthermie maternelle ou du nouveau-né.)
- Asphyxie périnatale avec signes cliniques présents à J2 avec : - pHAo < 7,00
- Apgar < 6 à 3 mn
- Détresse respiratoire ayant nécessité un sac de Hood.
- Malformation découverte à la naissance.

> En suites de naissance

- Ictère précoce.
- Perte de poids > 7 % du poids de naissance à J2.
- Difficultés d'alimentation, troubles digestifs.
- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypocalcémie.
- Risque infectieux : • CRP élevés, leucopénie
- Résultats bactériologiques en attente
- Etat clinique non satisfaisant
- Protocole particulier.
- Examen clinique pédiatrique anormal.

Organisation pratique

➤ *Pendant la grossesse*

L'information sur les deux types de séjour à la maternité est faite précocement pendant la grossesse. Si la patiente est intéressée par un séjour court, une plaquette d'informations plus précises lui est remise en consultation.

> Choix de la patiente

> Visite prénatale indispensable

La patiente choisit une sage-femme libérale parmi les partenaires proposées dans la plaquette et prend contact avec elle pour cette visite au plus tard au début du 9^{ème} mois de grossesse.

Grille de recueil des données / Audit de pratiques

N°	CRITERES	oui	non	NA	Commentaires
1	La sortie a fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec l'entourage du patient.				
2	Les échanges autour du projet de sortie du patient ont associé le patient et/ou son entourage.				
3	Les démarches sociales liées au projet de sortie sont notées.				
4	Les différents services à domiciles ont été proposés.				
5	Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou en établissement de suite et tiennent compte des modalités de transport				
6	Les coordonnées téléphoniques du service sont remises au patient et une date de consultation est indiquée si besoin.				
7	Une concertation entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers a permis de préciser les objectifs de l'hospitalisation.				
8	Les coordonnées complètes du praticien désigné par le malade figurent dans le dossier.				
9	La compréhension des informations délivrées au patient sur les modalités de suivi et de surveillance ultérieurs est vérifiée.				
10	Les intervenants extérieurs habituels ou la structure d'accueil ont été prévenus du jour de la sortie				
11	Le praticien, les intervenants extérieurs et/ou l'établissement d'accueil sont prévenus du retour à domicile ou du transfert dans un délai permettant la continuité des soins.				
12	L'éducation dispensée au patient au cours de son séjour lui permet d'assurer les soins et la surveillance qu'il doit réaliser lui-même.				
13	Les ordonnances sont remises au patient et/ou à son entourage lors de sa sortie				
14	La lettre de sortie comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remise au patient ou adressée à sa demande au médecin qu'il désigne.				
15	Un document de synthèse paramédical est confié au patient ou joint à son dossier en cas de transfert.				
16	Le dossier permet de retrouver le compte rendu de sortie.				
17	Le dossier permet de retrouver la fiche comportant la liste des éléments remis au patient				

Les sorties anticipées de Maternité

Actuellement en dernière année d'études à l'école de Sages-Femmes de Metz, je réalise mon mémoire sur l'information des femmes par rapport aux sorties anticipées de Maternité. Afin de m'aider dans mon travail, je vous remets un questionnaire qui sera traité de façon anonyme. Merci de bien vouloir le remplir.

Renseignements généraux

Age :

Situation familiale : vit seule vit en couple

Nationalité :

Lieu d'habitation :

Profession oui laquelle : non

Exercée pendant la grossesse ? oui non

Antécédents obstétricaux

Grossesse(s) : si oui, nombre : accouchement(s) : si oui, nombre :

.....

Grossesse et accouchement

Grossesse suivie par : gynécologue-obstétricien (ville) gynécologue-obstétricien (hôpital) médecin traitant

sage-femme hospitalière sage-femme libérale (plusieurs réponses possibles)

Hospitalisation durant la grossesse oui motif : non

Entretien prénatal précoce individuel (4^e mois) réalisé oui non

Séances de préparation à la naissance suivies oui non

Réalisation d'un projet de naissance oui non

Si oui, y avez-vous précisé votre mode de sortie de Maternité ? Oui non

Modalités d'accouchement : Date : Terme :

.....

accouchement normal

spontané déclenché (Motif :

.....)

Forceps Ventouse

Motif :

épisiotomie déchirure

césarienne programmée Motif :

.....

césarienne en cours de travail Motif :

.....

Enfant : Sexe : M F Poids : g Taille :

Cm Mode d'alimentation du nouveau-né : sein biberon

Séjour en Maternité

chambre seule chambre à deux lits

Congé de paternité prévu à la sortie de Maternité oui non

Savez-vous quelle est la durée normale de séjour en Maternité ? (en jours)

- Lors d'un accouchement normal : 1 2 3 4 5 6 7 8
- Lors d'une césarienne : 1 2 3 4 5 6 7 8

Etes-vous déjà sortie plus tôt de Maternité lors d'un précédent accouchement ? oui non
Si oui, modalités : Sage-femme libérale sage-femme
hospitalière

Selon vous, qu'est-ce qu' une sortie anticipée de Maternité ?.....
.....
.....

Connaissez-vous des alternatives à l'hospitalisation classique en Maternité ? Si oui, lesquelles ?
.....
.....
.....

La sortie anticipée de Maternité. INFORMATIONS. Informations reçues oui non

Par qui ? (plusieurs réponses possibles)

- gynécologue-obstétricien médecin traitant sage-femme libérale sage-femme hospitalière
- entourage médias (télévision, radio, internet...)

Quand ? au cours de la grossesse : Entretien prénatal précoce consultations
Séance de préparation à la naissance
au moment de l'entrée à la Maternité
en suites de couches

Pour chacun des items, préciser le degré de satisfaction des informations reçues en cochant la case correspondante.

	Pas satisfaite du tout	Peu satisfaite	Assez satisfaite	Très satisfaite
Sage-femme libérale				
Sage-femme de consultations				
Sage-femme d'HAD				
Sage-femme de Salle de Naissance				
Sage-femme de Maternité				
Gynécologue-obstétricien (ville)				
Gynécologue-obstétricien (hôpital)				
Presse, revues, livres				
Télévision, radio				
Internet				
Entourage familial, amical, professionnel				

Avez-vous reçu la plaquette informative de la maternité de Bel-Air ? Oui Non
 Où ? à quel moment ? Par qui ?
 Les informations étaient-elles compréhensibles ? Oui Non
 suffisantes ? Oui Non Avez-vous eu besoin de demander un complément d'informations ? Si
 oui, à qui ?

Avant de lire cette plaquette, connaissiez-vous les 3 possibilités offertes en suites de couches par la Maternité
 de l'hôpital Bel-Air ? (séjour classique, sortie sage-femme libérale, sortie HAD) Oui Non

CHOIX du mode de sortie de Maternité

Moment du choix : avant pendant après l'accouchement
 Quel a été votre choix ? Hospitalisation classique sortie sage-femme libérale sortie
 HAD
 Votre conjoint a-t-il participé au choix ? oui non

Quels bénéfices en attendez-vous ?

Quels inconvénients pourriez-vous rencontrer ?

Si vous avez choisi une hospitalisation classique, pourquoi ?

Si vous avez choisi une sortie anticipée de Maternité, quelle a été votre (ou vos) motivation(s) ? (plusieurs
 réponses)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| Sage-femme libérale déjà connue | expérience antérieure satisfaisante |
| Besoin repos à domicile | Retour dans le cadre de vie habituel |
| soutien familial, amical à domicile | peur de l'hôpital |
| enfant(s) à domicile. Si oui, âge(s) : | autre(s) : |

.....

ORGANISATION

Savez-vous qui autorise une sortie précoce de Maternité ? (Cocher la ou les réponses)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------|
| Patiente | gynécologue-obstétricien | Pédiatre |
| sage-femme hospitalière | sage-femme libérale | autre : |

Avez-vous été suffisamment informée sur la possibilité d'un retour précoce à domicile afin de le prévoir et de
 l'organiser ? Oui Non

Vous sentez-vous prête à quitter la Maternité ? oui non

(Ne pas remplir cette partie)

SORTIE EFFECTIVE : J..... Sage-femme libérale Sage-femme HAD Hospitalisation
 classique