



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>

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

*REPENSER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA
MERE ET DE SON NOUVEAU-NE EN
MATERNITE*



Mémoire présenté et soutenu par
AUDE MORISOT

Promotion 2004-2009

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

REPENSER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA MERE ET DE SON NOUVEAU-NE EN MATERNITE



Mémoire présenté et soutenu par
AUDE MORISOT

Promotion 2004-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

SOMMAIRE

Sommaire	- 1 -
Introduction.....	- 6 -
PREMIERE PARTIE: Mères et nouveau-nés au sein des suites de couches	
I. La maternité et ses évolutions	- 8 -
1) A travers l'histoire	- 8 -
2) L'émergence du concept de parentalité	- 9 -
3) La parentalité et le post-partum	- 11 -
4) Le cadre réglementaire.....	- 12 -
II. Les spécificités des suites de couches.....	- 15 -
1) La pluridisciplinarité des suites de couches.....	- 15 -
2) L'établissement du lien parent-enfant.....	- 18 -
3) Un temps d'accompagnement.....	- 20 -
DEUXIEME PARTIE: Méthodologie de recherche et résultats de l'enquête	
I. méthodologie de recherche	- 25 -
1) Problématique	- 25 -
2) Présentation des objectifs de la recherche.....	- 26 -
3) Présentation des hypothèses.....	- 26 -
4) Le type d'étude et les outils utilisés.....	- 27 -
5) Les caractéristiques de la population	- 27 -
6) Durée et conditions de l'étude	- 28 -
7) Limites et points forts de l'enquête.....	- 29 -
8) Présentation des établissements concernés par l'étude	- 29 -
II. Transcription des entretiens	- 32 -
1) Présentation de la population	- 32 -
2) Appréciation de la grossesse et de l'accouchement	- 34 -
3) Appréciation du séjour à la maternité	- 38 -
TROISIEME PARTIE: Analyse des résultats de l'enquête et proposition de solutions	
I. analyse des entretiens.....	- 50 -
1) La satisfaction des accouchées.....	- 52 -
2) Les attentes des accouchées	- 52 -
3) Les éléments ayant contribué à une insatisfaction	- 54 -
4) Impact sur la relation mère-enfant	- 57 -
II. Améliorer les prestations en maternité : quelques propositions.....	- 60 -
1) Adopter une attitude référente face aux familles	- 60 -
2) Respect, écoute et confiance : les bases de l'accompagnement.....	- 63 -
3) Assurer un accompagnement personnalisé, individualisé et concerté	- 65 -
1) Motivation et investissement	- 66 -
2) Les valeurs professionnelles	- 67 -
3) Collaborer ensemble	- 68 -
Conclusion	- 69 -
Bibliographie et Annexes	

Introduction

Durant ces deux dernières décennies, les prestations en service de maternité ont évolué de façon notable. Afin de s'adapter à la nouvelle législation, en particulier à la loi du 4 mars 2002 qui s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients, de nombreuses réflexions ont été engagées.

Les premiers jours qui suivent la naissance revêtent une importance majeure pour la mère, le nouveau-né et la famille. Les pratiques et l'organisation des missions en maternité se sont adaptées de façon à soutenir la parentalité et favoriser la première rencontre et les liens avec le nouveau-né.

De nos jours, la durée du séjour post-natal, la médicalisation accrue autour de la naissance ainsi que le développement de plus en plus de pôles mère-enfant de niveau 2+ ou 3 sont mis en avant. Nous pouvons alors nous interroger sur l'essence même et l'appréciation du séjour en maternité.

En tant que future sage-femme et par ce biais, témoin de la naissance non seulement d'un enfant mais également d'une famille, il m'a semblé nécessaire d'apprécier le déroulement du séjour en maternité afin de mesurer l'accompagnement en secteur de suites de couches et de le corréler aux attentes des mères.

Cette réflexion se place dans le contexte général de l'émergence de la parentalité et de l'évolution des droits des patients, objet de la première partie de ce mémoire. Nous aborderons dans un second temps l'étude de la satisfaction des mères. Celle-ci permettra d'exposer le ressenti des femmes rencontrées. Enfin, nous analyserons les résultats de l'enquête et nous dégagerons des propositions d'actions en vue de compléter et d'adapter l'accompagnement proposé en maternité.

Première Partie :

***MERES ET NOUVEAU-NES AU SEIN DES
SUITES DE COUCHES***

I. LA MATERNITE ET SES EVOLUTIONS

1) A travers l'histoire

Au fil des siècles, la conception de la maternité n'a cessé d'évoluer. C'est lors de la seconde moitié du vingtième siècle que les principaux changements se sont produits. En effet, les révolutions de l'après guerre initiées par le baby boom sont majoritairement marquées par la médicalisation de la naissance et l'émergence de nouveaux foyers.

La génération des mères de l'entre-deux guerres tente de contrôler sa fécondité. Toutefois, à partir des années 50, le baby boom marque une rupture dans l'échelle démographique. Dans le but de remédier aux pertes humaines engendrées par la seconde guerre mondiale, une politique de natalité est instaurée avec notamment la création de l'assurance maternité, des allocations familiales et de la fête des mères. En découle un accroissement général du taux de natalité dans tout l'Occident et en particulier en France, ce qui ne signifie aucunement que les femmes ont renoncé à maîtriser leur fécondité. Au contraire, la volonté de contrôler les naissances reste une importante préoccupation et aboutit en 1967 à la légalisation de la contraception et à une diminution de la fécondité à partir des années soixante-dix.

Afin de faire face à l'affluence des parturientes lors du baby boom, mais également afin d'assurer davantage de sécurité, l'évènement de la naissance s'est médicalisé non sans modifier les rapports soignants-soignés. Effectivement, la femme hospitalisée s'en remet aux praticiens, alors que ces derniers, au domicile de la gestante, se mettaient au service de la famille. [10]

Cette réforme a poursuivi son évolution pour aboutir à une politique de santé axée sur la qualité et la sécurité tout en faisant face aux contraintes économiques imposant une maîtrise des coûts du système de santé. Aujourd'hui le projet de loi sur les hôpitaux prend en compte les difficultés financières en regroupant les "petites" maternités en plateaux techniques perfectionnés ou encore en diminuant le temps de séjour des patientes et en instaurant des mesures alternatives comme l'hospitalisation à

domicile par exemple. Les institutions sont également confrontées aux difficultés liées à une démographie médicale en déclin du fait notamment de l'instauration d'un numerus clausus à l'entrée des études médicales mais également du fait de la diminution, du vieillissement et de la disparité géographique des professionnels de la périnatalité.

Parallèlement à ces divers bouleversements, on constate une modification de la structure familiale. Indéniablement, depuis le milieu des années soixante-dix, la famille française a profondément changé. Le statut de la femme et de la mère a été valorisé : droit de vote, accès massif à la scolarisation, entrée sur le marché du travail, contrôle des naissances, maîtrise de la fécondité... De plus, nous assistons à la naissance des familles nucléaires : désormais, l'arrivée d'un enfant n'est plus un événement familial mais l'histoire d'un couple. Les familles se réduisent aux parents et enfants et n'incluent plus les autres générations.

Même si la famille reste un lieu de protection, d'intimité et d'affection, elle devient de plus en plus instable avec l'augmentation du nombre de divorce et l'éclatement du modèle matrimonial, ce qui laisse une place de plus en plus importante à l'enfant qui devient "enfant roi".

Ces nombreuses transformations ont contribué à l'expression d'inquiétudes quant à la capacité des parents à assumer leur rôle, à faire face à leurs obligations tout en intégrant ces multiples changements.

C'est ainsi qu'apparaît la nouvelle notion de "parentalité". [31 ; 35]

2) L'émergence du concept de parentalité

C'est à partir des années quatre-vingts que le terme de "parentalité" fait son apparition. Avec l'arrivée de nouveaux modèles familiaux autres que celui de la famille nucléaire (famille monoparentale, homoparentalité, recomposée...), l'expression « être parent » peut adopter de nombreuses formes. [32] Le parent d'aujourd'hui a de nouveaux droits, mais aussi de nouveaux devoirs dans une nouvelle société. C'est pourquoi, il devient nécessaire de reconnaître ces diversités en trouvant un nouveau

terme qui tient compte des différentes possibilités d'être parent. La "parentalité" devient ainsi le dénominateur commun des nouvelles configurations familiales.

Il semblerait que le recours à cette notion nouvelle traduise une demande, un besoin, face à une « fonction parentale actuellement souvent malmenée ». [32]

Cependant, malgré son usage courant dans les disciplines qu'elle concerne (que ce soit la psychologie, la pédagogie, le juridique, la sociologie, le médical ou encore le paramédical), cette notion de parentalité reste difficile à cerner. Elle est en fait un néologisme n'ayant à ce jour reçu aucune définition consensuelle.

Par conséquent, chaque utilisateur lui attribue une signification qui lui est propre et adaptée à son champ d'action sans s'accorder sur un sens commun. De ce fait, on dénombre une quantité de définitions sous le même vocable de "parentalité".

- Pour les psychologues et psychiatres, « c'est un processus maturatif », un « ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (à savoir les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. » [35]
- En sociologie, la parentalité est plutôt utilisée dans le but de décrire les différentes structures familiales.
- Sur le plan législatif, le thème aborde le partage juridique de l'exercice de la parentalité.
- En 1995, le " Dictionnaire Critique de l'action sociale" chez Bayard publie la définition suivante : « Parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large la fonction d' "être parent" en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que les lois les définissent, des responsabilités morales telles que la socio culture les impose et des responsabilités éducatives. »

En rassemblant ces différentes approches, la parentalité peut être simplement définie comme : « L'ensemble des fonctions dévolues aux parents pour prendre soin des enfants et les éduquer. Elle est centrée sur la relation parent-enfant et comprend des droits et des devoirs pour le développement et l'épanouissement de l'enfant. » [36]

3) La parentalité et le post-partum

D'après les précédentes descriptions de la parentalité, il semble évident que les parents soient considérés comme les acteurs privilégiés dans la mise en place de ce processus. Néanmoins, si l'exercice de la parentalité se développe dans la grande majorité des cas au plus près de l'enfant, il n'est pas réductible aux seuls pères et mères.

Il convient de ce fait de concevoir la parentalité comme un partenariat entre les différents acteurs impliqués dans l'établissement de la relation parent-enfant. Cette dernière s'instaure dès les premiers instants suivant la naissance, c'est-à-dire tout d'abord au sein des services de maternité. L'élaboration des liens familiaux s'effectue donc aux côtés de la sage-femme qui se retrouve impliquée dans des enjeux de parentalité.

Les unités de suites de couches représentent une structure initiale qui accueille, intervient auprès de l'enfant et de sa famille. Elles constituent un lieu de parentalité où père, mère, frères et sœurs... rencontrent leur nouveau-né. [16] La qualité du lien parental, qui s'élabore dès les premiers jours de vie, est déterminante pour l'avenir des relations entre les parents et le nouveau-né.

Après la naissance, le processus de parentalité qui s'est déployé tout au long de la grossesse, subit « un tournant » [28] qui s'opère la plupart du temps au cours du séjour en suites de couches. Ce dernier reflète un lieu de passage où se manifestent des transformations, où circulent d'intenses émotions chez les parents et leurs proches mais aussi pour le bébé qui se montre d'emblée un partenaire très actif. C'est pourquoi, il est primordial pour les professionnels des maternités et en particulier les sages-femmes d'identifier, de respecter et d'accompagner, selon les besoins, les moments d'échanges.

Comme l'évoque Michel DUGNAT, pédopsychiatre et psychothérapeute français : « La contenance chaleureuse, la préoccupation et la disponibilité des équipes donneront ainsi une première sécurité et une estime de soi nécessaires à la construction de la parentalité. » [6]

4) Le cadre réglementaire

Il convient tout d'abord de rappeler que la profession de sage-femme est régie par les dispositions du premier alinéa de l'article L.4151-1 du code de la santé publique. Le rôle de cette dernière en suites de couches y est défini comme étant « la surveillance et la pratique des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. » [44]

Parallèlement et de façon complémentaire à la progression sociétale et sociologique de la parentalité, le cadre réglementaire et législatif a évolué dans la même direction. Le constat global de cette mouvance est une modification des relations entre les patients et les structures de soins plaçant l'individu dans toutes ses composantes « au cœur des préoccupations ». [42]

Divers rapports ont été publiés dans le but d'évaluer et de faire état de la situation périnatale en France. Plusieurs décrets et plans ont ainsi été élaborés proposant des recommandations aspirant à de nouvelles orientations et dynamiques professionnelles.

A ce titre, **au niveau national**, le Haut Comité de Santé Publique a publié trois rapports concernant la périnatalité : 1994, 1998 puis 2000. Les recommandations émises par ces rapports dévoilent l'intérêt d'une prise en charge à réadapter. [40]

D'autre part, les décrets de périnatalité de 1998, établis d'après les rapports du Haut Comité de Santé Publique et du plan de périnatalité 1995-2000, ont pour priorité une prise en charge de qualité et garantissent la sécurité. C'est pourquoi, les fonctionnements techniques des services de périnatalité de même que les effectifs des professionnels qui y interviennent sont précisément définis dans ces décrets : « Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de mille naissances par an, une sage-

femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance. Au-delà de mille naissances par an, l'effectif global des sages-femmes [...] est majoré d'un poste temps plein [...] pour deux cent naissances supplémentaires. » [38]
« Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation [...] ne peut être inférieur [...] à une sage-femme, assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit. » [38]

Actuellement, le plan de périnatalité 2005-2007 vise « à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche », mais aussi « à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. » [45]

Dans cette démarche, la circulaire Molénat du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité se fonde sur l'importance des dimensions affectives, psychologiques et sociales dans le processus de la naissance. « La place accordée à cette dimension conditionne, en effet, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux. » [37]

Au niveau régional, les SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) doivent « contribuer à assurer la continuité, la qualité des soins et la sécurité de la prise en charge des patients ». Ils ont pour objectif de « planifier et d'optimiser l'offre de soins en tenant compte des liens entre les différents acteurs de la santé et le secteur médico-social ». [46] Actuellement, les recommandations et les objectifs du SROS III sont centrés autour d'un axe fort : « Prévention Promotion de la santé » dans un souci d'améliorer l'accompagnement et les conditions de déroulement de la grossesse ». [46]

Au niveau des établissements de santé, en France, la réforme hospitalière de 1991 instaure l'obligation pour les professionnels de santé d'évaluer leurs pratiques dans le cadre de leur activité hospitalière.

La loi du 31 juillet 1991 présente le fondement juridique du projet d'établissement. Il précise que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement [...] ». [41] Ainsi, le projet d'établissement qui

a pour vocation de s'inscrire dans le SROS fixe les moyens nécessaires à l'établissement pour atteindre les objectifs visés. L'ordonnance du 24 avril 1996 vient renforcer les dispositions de la loi précédente et renvoie à l'évaluation de la qualité des soins et de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'analyse de l'activité et à l'accréditation des établissements de santé. (43)

En 1999, l'ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé conduit la mise en œuvre du dispositif d'accréditation des établissements de santé. Les membres des équipes pluri professionnelles exerçant dans les maternités sont tous concernés par le dispositif de certification des établissements. Pour chaque maternité, la certification impose la réalisation d'au moins un sujet d' Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). L'EPP « consiste en l'analyse de la pratique professionnelle [...] et inclut la mise en œuvre et le suivi d'action d'amélioration des pratiques ». [22] Le décret du 14 avril 2005 indique clairement que « l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ». [39] Aussi, l' EPP aborde deux concepts distincts : une démarche individuelle (formation continue) et une évaluation collective (processus de certification). Elle est liée au projet de service et au projet d'établissement.

Le projet de service représente en quelque sorte une mise en œuvre concrète des objectifs à atteindre du projet d'établissement. Il a pour finalité d'améliorer la qualité et la prise en charge des patients et d'optimiser le fonctionnement du service en se concentrant sur les aspects techniques, organisationnels et humains. D'où l'intérêt de la prise en compte de l'analyse de la satisfaction pour l'élaboration ou le réajustement de ces projets.

II. LES SPECIFICITES DES SUITES DE COUCHES

1) La pluridisciplinarité des suites de couches

La période des suites de couches qui est aussi appelée post-partum, correspond aux six semaines qui suivent une naissance. Ces quarante jours sont considérés comme la durée nécessaire au rétablissement de la maman et du bébé. [27] Elles constituent, pour les nouveaux parents et le nouveau-né, une période de transition importante caractérisée par de nombreux bouleversements tant corporels, qu'affectifs et sociaux. En effet, la période postnatale est primordiale car il s'agit d'une période d'ajustement physiologique pour la mère et le bébé, mais également d'ajustement relationnel. [34]

Chaque être humain est défini par trois composantes : biologique, psychologique et sociale. [18] De fait, il apparaît logique que l'accompagnement de chacun : mère, nouveau-né et famille prenne en compte ces trois dimensions. C'est ainsi que Fabienne Galley, sage-femme cadre supérieure, parle de missions (médicales, psychologiques et sociales) pour les soignants au sein des services de suites de couches. [23]

On peut alors décliner deux principaux champs d'action : l'aspect médical et l'aspect relationnel qui regroupe les versants psychologique et social.

❖ L'aspect médical des suites de couches.

Après la naissance, les femmes et leur bébé vivent des modifications physiques qui touchent tous les systèmes de leur organisme. [34]

Sans établir un listing des paramètres à prendre en compte, il est utile de rappeler que la surveillance clinique de la mère et de l'enfant, aussi banale qu'elle puisse paraître est indispensable à leur bien-être. Elle permet par ailleurs de dépister d'éventuelles pathologies (hémorragies, infection...), de prévenir les "petits maux" du post-partum (crevasses, douleur suite à une épisiotomie,...) qui, une fois installés, perturbent la symbiose mère-enfant. [23] Ce suivi repose essentiellement sur une observation

minutieuse de l'état général de la mère et de l'enfant. Il s'appuie sur plusieurs grands axes : [8 ; 12 ; 18 ; 34]

- L'examen clinique et obstétrical de l'accouchée qui comprend l'évaluation des signes vitaux, l'inspection des seins, le contrôle de l'involution utérine et de l'aspect des lochies, l'inspection du périnée, la vérification de la reprise des fonctions de régulation et d'élimination, la prévention des complications thromboemboliques ainsi que toute autre complication pouvant survenir après un accouchement.
- Le mode d'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel.
- L'information, notamment concernant le thème de la contraception qui occupe une place privilégiée.
- La prise en charge de la douleur.
- L'appréciation du vécu de la grossesse et de l'accouchement.
- L'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Elle suscite la surveillance de la fonction cardio-respiratoire, de la régulation thermique, de la coloration cutanée, du poids, de l'alimentation, des selles, des urines, du cordon ombilical, l'analyse du comportement du nourrisson ainsi que la prise en charge de la douleur. [8 ; 11]

❖ L'aspect relationnel des suites de couches : versants psychologique et social.

Si l'évènement de la naissance est un moment heureux, il est également source de profonds bouleversements psychiques et hormonaux chez la femme. Cette dernière doit faire face à une situation d'ambivalence caractérisée par l'affluence de sentiments contradictoires tels que la joie ou la tristesse, l'euphorie ou l'angoisse, la confiance ou le doute. [2 ; 4 ; 23]

Devenir mère exige donc un remaniement psychique et physiologique qui fait partie intégrante du processus de maternalité. Ce dernier s'organise autour de plusieurs notions : [3]

- **La notion de perte** : après la naissance, la mère va devoir élaborer de nombreux deuils. En effet, il s'agit dans un premier temps de renoncer à son corps et à son identité de jeune fille et d'enfant merveilleux pour faire face à son nouveau statut de

mère chargée de lourdes responsabilités. En outre, elle doit abandonner son statut de femme enceinte. Elle est également confrontée au deuil de la grossesse et surtout au deuil de l'enfant imaginaire. [3 ; 23]

- **La notion d'identification** : devenir parents tend à reconsidérer son enfance et à s'identifier à sa propre mère pour la fille et à son propre père pour le conjoint. [23]
- **La notion de régression psychique** à laquelle la mère, qui se retrouve face à la dépendance totale de son enfant, s'abandonne. De nombreux psychanalystes se sont intéressés à cette dernière. [3]

WINICOTT parle de « préoccupation maternelle primaire », c'est-à-dire « l'équivalent d'un état de repli, de dissociation, de fugue vis-à-vis de la réalité [...] une sorte d'hypersensibilité quasi-pathologique qui fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement. Il y a une sorte d'adéquation totale entre la mère et son bébé. »

BYDLOWSKI, elle, décrit une perméabilité aux représentations inconscientes qu'elle qualifie de « transparence psychique ». Il y a confusion entre les événements présents et passés pour les parents qui sont confrontés à des remémorations infantiles intenses. « L'enfant devient alors enfant de leur propre enfance. »

Enfin, LEBOVICI désigne le « devenir parent » en tant qu' « un processus actif de retrouvailles avec son enfance et la possibilité de s'identifier aux besoins de son enfant. »

Néanmoins, il paraît primordial de ne pas négliger l'histoire personnelle et l'environnement de l'accouchée et de son conjoint dans l'établissement des processus psychiques précédemment décrits. Naturellement, ces derniers dépendent de l'entourage, du statut socio-économique, de la stabilité professionnelle, des ressources, du logement, des croyances et coutumes de la famille. [4 ; 5]

Toutes ces modifications psychologiques peuvent expliquer une difficulté d'adaptation transitoire marquée par une labilité émotionnelle exacerbée qu'on appelle le « baby blues ».

Ces différents composants (médical, psychologique et social) induisent de ce fait une prise en charge pluridisciplinaire au sein des services de suites de couches, imposant une « coordination très étroite entre tous les intervenants et une collaboration avec les structures extérieures ». Chaque identité professionnelle est essentielle et leur « valorisation individuelle est fondamentale ». [18]

2) L'établissement du lien parent-enfant

Lorsqu'un enfant naît, une mère et un père naissent en tant que parents. C'est le début d'une nouvelle histoire familiale qui met en scène la triade père-mère-bébé. Le lien père-mère-nourrisson se construit tout au long de la grossesse, mais aussi au moment de l'accouchement et d'autant plus après la naissance. [19]

Au préalable, ce lien s'organise autour des notions « d'interactions précoces » et « d'attachement ». En effet, les interactions sont définies comme « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et ses parents ».

On distingue trois types d'interactions : [3]

- **Les interactions comportementales** essentiellement visuelles, corporelles et vocales qui se définissent « comme l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de sa mère ».
- **Les interactions affectives** qui « concernent l'influence réciproque de la vie émotionnelle du nourrisson et de celle de sa mère », s'exprimant au travers de paroles, mimiques, comportements et expressions.
- **Les interactions fantasmatiques** qui « étudient la manière dont les fantasmes du nouveau-né répondent aux fantasmes de ses parents ».

Les interactions qui s'initient dès les premiers jours de vie prennent donc la forme d'échanges qui s'effectuent réciproquement : enfant-parent, parent-enfant. Grâce à ses compétences sensorielles (visuelles, auditives, olfactives et gustatives),

motrices et affectives, le nouveau-né prend véritablement le statut d'un partenaire très actif dans l'élaboration de ces interactions. C'est alors à partir des petits riens du quotidien comme le toucher, les caresses, le regard, l'allaitement, les pleurs ou encore le portage, qui sont en fait des éléments essentiels, que vont se fonder d'importants liens.

Toutefois, pour que le tout-petit entre dans la relation et les interactions, la « théorie de l'attachement » doit être prise en compte. L'attachement est défini par BOWLBY comme « le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à la personne qui s'occupe de lui, sa mère dans la majorité des cas ». [1] Le psychanalyste dégage cinq comportements qu'il considère comme innés, lui permettant d'induire et de maintenir le contact avec sa mère. Il s'agit de la capacité de succion, de s'accrocher, de pleurer, de sourire et de suivre du regard. Le bébé en a besoin pour être rassuré et protégé.

En définitive, l'installation de la relation parent-enfant dépend donc des capacités maternelles et paternelles à reconnaître leur place respective de mère et de père et à reconnaître les besoins de leur enfant. Mais elle dépend également des « capacités de l'enfant à manifester des signes d'attachement, ses sensations de malaise et de plaisir ». [26]

Selon Elisabeth DARCHIS, psychologue clinicienne, l'établissement du lien mère-père-bébé traverse trois étapes successives entre le premier et le sixième jour qui suivent l'heureux évènement. [21]

- Le premier jour, la mère « adopte » son bébé. Principalement par le regard mais aussi par les autres sens, elle réalise la réalité de son bébé et prend progressivement conscience de sa nouvelle identité. Comme le décrit Hélène DEUTSCH, l'unité mère-enfant de la vie intra-utérine a été détruite par la section du cordon ombilical. Or, à ce stade, la mère éprouve un besoin fondamental de préserver cette unité. C'est pourquoi elle va « se différencier corporellement » de son enfant et établir un « lien de filiation » par une transformation de « l'unité physique en unité psychique ». [5] En ce qui concerne le père, ceci s'établit plus lentement du fait d'une proximité moins évidente.

- Puis, du deuxième au quatrième jour, les parents vont tenter de « fonctionner dans leur nouveau rôle ». Cela correspond à une étape d'adaptation. La maman prend conscience de ses responsabilités et va essayer d'acquérir l'expérience et la compétence de mère. Elle souhaite être parfaite mais du fait de son hypersensibilité se sent envahie par un sentiment d'incapacité, d'inéquation. C'est la phase du baby blues.

Le rôle du père tient ici toute son importance dans sa fonction de soutien et d'adaptation « aux besoins de la récente dyade mère-bébé ».

- Pour finir, lors du cinquième et sixième jour, après avoir renoncé à l'image de la mère parfaite, tous « s'ajustent de façon relativement adaptée ». La maman peut à partir de ce moment se percevoir comme une mère « suffisamment bonne » tel que le déclare WINICOTT. Elle se projette dans une relation familiale avec son enfant et son partenaire qui appuie et soutient les nouvelles places de chacun.

Dès lors, de nombreux enjeux interviennent dans la mise en place du lien. Or, il est essentiel de retenir que nombre d'entre eux se déroulent en maternité. Par conséquent, il paraît impératif que la place du nouveau-né soit auprès de sa mère, que ces deux êtres soient considérés comme un « tout dont les besoins autant physiques que psychologiques sont interdépendants ». [34] De plus, il est fondamental de tenir compte de l'accompagnement de l'ensemble de l'équipe soignante qui a obligatoirement une répercussion sur la façon dont les interactions précoces entre le nouveau-né et ses parents vont se construire et se développer.

3) Un temps d'accompagnement

La visée majeure en maternité est d'accompagner les familles et leur nouveau-né. Mais qu'entend t-on par accompagner ? Et quels en sont les objectifs réels ?

- “Accompagner” : tout un concept. [7 ; 30]

La définition même de l'accompagnement signifie « partage ». L'étymologie du terme “accompagner” est : « marcher avec un compagnon ». Déjà présent au Moyen

Age, ce concept n'a cessé d'évoluer. Dans le domaine de la santé et du social, on entendait par accompagnement au 19^{ème} siècle, la « volonté de soutenir, d'assister » ; ce qui a été désigné par la suite : « l'aide, le suivi ». Au cours des années soixante-dix, l'accompagnement, qui n'est pas encore nommé comme tel, reste le privilège des bénévoles, des guides spirituels et des thérapeutes. C'est seulement à partir des années quatre-vingts que fleurit véritablement la notion d'accompagnement.

Aujourd'hui, nous assistons à une utilisation multiple et parfois abusive de cette expression devenue quelque peu « passe-partout » sans lui attribuer un véritable sens. Selon le dictionnaire de la langue française, "accompagner" signifie « se joindre à quelqu'un pour le suivre ou le guider ».

Lorsque l'on accompagne, on remplit diverses fonctions, comme le précise Marie-Françoise BONICEL, psychologue et psychothérapeute : « accompagner quelqu'un, c'est l'accueillir et l'écouter, c'est participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et de ce qu'il recherche, c'est cheminer à ses côtés pour le confirmer dans le sens où il s'engage ». [30]

Ainsi, l'accompagnement s'envisage comme une relation entre deux personnes et suscite un accord entre l'accompagné et l'accompagnant. La façon d'accompagner va dépendre de différents facteurs : des personnes accompagnées, de la personnalité de chacun, de leur motivation, du champ dans lequel s'exerce l'activité, des objectifs fixés ou encore des convictions.

Cette conception de l'accompagnement renvoie à un positionnement éthique : « qu'est-ce que je tente de faire quand j'accompagne ? ». Elle réajuste une certaine vision de la relation loin des « fantasmes de toute puissance » de celui qui est censé détenir le savoir. De plus, elle fait référence à une attitude personnelle et professionnelle constante permettant de s'ajuster selon les situations ainsi qu'à un accueil global de la personne ne se limitant pas à la technique. Au titre de personne ressource, elle connaît son sujet, fait preuve d'empathie sans pour autant influencer ou se substituer à l'accompagné.

En définitive, les stratégies d'accompagnement suivent toujours la même procédure : « une rencontre, la naissance d'un projet, un cheminement, un transfert réciproque de compétences et de savoirs entre les familles et les professionnels, que les

premières pourront intégrer dans leur projet de vie et que les seconds pourront inclure dans l'enrichissement de leur pratique professionnelle ». [7]

Ainsi, dans les unités de suites de couches, parents et professionnels, dont notamment les sages-femmes, vont mettre ensemble leur talent pour mener à bien la naissance d'une nouvelle famille. En ce sens, la sage-femme est considérée comme une "accompagnatrice".

- Les objectifs d'un tel accompagnement en suites de couches.

Les sages-femmes remplissent une fonction complexe en suites de couches. Elles doivent répondre aux exigences de sécurité régies par des normes et des protocoles, sans pour autant transformer la prise en charge de la mère et de l'enfant en une série de soins, tout en répondant aux besoins des familles qui vivent une expérience riche en émotions. [28]

Etre soignant dans une unité va bien au-delà du sens procurer des soins. Il englobe le fait de « prendre soin de la personne dans sa totalité ou mieux dans ce qui lui est essentiel ». [13] Or, pour une maman, pour une famille, l'essentiel se résume le plus souvent au petit être qui vient de naître. L'accompagnement concerne alors au minimum deux individus : la mère voire les parents, et le bébé qui ont des besoins différents.

Si les soins médicaux et le suivi classique du post-partum sont nécessaires, ils ne sont pas suffisants dans l'établissement d'une relation parent-enfant. En l'occurrence, les familles ont besoin d'être écoutées, entendues, informées et encouragées afin de se découvrir, d'apprendre à vivre ensemble et de se sentir capable et autonome. [27] Tout ceci nécessite de la patience, une faculté d'écoute et d'observation, un travail sur soi-même, de la tolérance et surtout de la motivation pour pouvoir s'investir réellement dans une perspective d'accompagnement.

La mise en œuvre de la plupart de ces conditions alliant surveillance clinique et accompagnement facilite l'accès aux objectifs généraux fixés par une hospitalisation en suites de couches. [23] Ces objectifs se résumant principalement à :

- Assurer la sécurité médicale et paramédicale de la mère et de son enfant.
- Favoriser leur bien-être physique et moral.
- Garantir une information de qualité.
- Favoriser l'établissement des liens parent-enfant.
- Favoriser l'autonomie pour préparer le retour à la maison
- Dépister les situations de souffrance psychologique et/ou de précarité sociale.
- Prévenir et dépister les situations de ou à risque de maltraitance.

Deuxième Partie :

***METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET
RESULTATS DE L'ENQUETE***

I. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1) Problématique

Comme le précise le code de la santé publique, la prise en charge en suites de couches intéresse la mère et son enfant, deux êtres qui ne peuvent être considérés comme deux entités distinctes. Ces unités constituent un lieu privilégié où naît une mère, une famille, où l'interaction est essentielle pour la mère et son bébé et où nous sommes au minimum dans une relation triangulaire: mère-enfant-professionnels.

Toutefois, au cours de la plupart de mes stages en suites de couches, j'ai observé un suivi parcellisé de l'accouchée et du nouveau-né où il s'agissait de prendre en charge la maman d'une part et l'enfant de l'autre.

En parallèle, j'ai pu constater une certaine dévalorisation de ces secteurs. Le temps du post-partum semble susciter moins d'intérêt que la grossesse ou l'accouchement. En effet, il n'est pas rare d'entendre cette période qualifiée de « parent pauvre » de l'obstétrique.

Suite à ces divers constats et en tant que future professionnelle, il m'a paru nécessaire de m'intéresser à l'accompagnement en suites de couches afin de confronter la prise en charge actuelle aux attentes des mères. Quel accompagnement est proposé au sein des services de maternité? Répond-t-il à la demande des mères? Que leur offre-t-on, et de quelle façon? Ces dernières ressentent-elles une sectorisation mère/bébé? Quels sont leurs besoins et attentes?

2) Présentation des objectifs de la recherche

Mon enquête avait plusieurs objectifs:

- Identifier et apprécier la prise en charge proposée dans les services de suites de couches.
- Identifier les attentes et évaluer le degré de satisfaction des mères au cours de leur séjour en suites de couches.
- Mettre en exergue l'importance de l'accompagnement du couple mère-enfant durant cette période de post-partum immédiat et valoriser les pratiques professionnelles des suites de couches.
- Proposer des moyens d'actions à mettre en place dans les unités de suites de couches afin de favoriser un accompagnement optimal et profitable pour la mère, l'enfant, la famille et le soignant.

3) Présentation des hypothèses

L'enquête réalisée permettra d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses suivantes:

- Les attentes des mères suggèrent un réajustement de nos pratiques professionnelles.
- L'organisation des services de suites de couches (pluridisciplinarité, effectifs...) et le temps de séjour ne sont pas propices à un accompagnement unifié de la mère et de son nouveau-né.
- La scission de l'accompagnement de l'accouchée et de son nouveau-né ne tend pas à considérer ces deux êtres comme deux entités indistinctes. La prise en charge revêt de ce fait un effet "découpé".

Afin de vérifier ces hypothèses, j'ai décidé de rencontrer plusieurs accouchées afin d'apprécier leur ressenti vis-à-vis de cette période.

4) Le type d'étude et les outils utilisés

Afin d'apprécier l'accompagnement proposé aux mères et aux nouveau-nés dans les services de suites de couches, j'ai souhaité recueillir les propos des femmes.

Pour cela, j'ai réalisé une enquête qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs auprès de 30 accouchées au cours de leur séjour en suites de couches la veille de leur sortie.

Dans un premier temps, j'ai effectué un test auprès de trois patientes dans le but de pouvoir réajuster mon étude. Pour effectuer cette enquête, j'ai au final élaboré une grille d'entretien majoritairement basée sur des questions ouvertes permettant une libre expression et un temps d'échange. Cette grille se décompose en trois temps forts autour desquels s'articulent la naissance d'une famille: le vécu de la grossesse, le vécu de l'accouchement et l'appréciation du séjour à la maternité. (cf. **annexe n° I**)

Enfin, j'ai choisi de ne pas avoir recours aux dossiers des accouchées et de ne pas m'entretenir auprès des sages-femmes afin de centrer mon étude essentiellement sur les dires des mères sans influence aucune.

5) Les caractéristiques de la population

Mon enquête s'est basée sur plusieurs critères:

- toutes parités confondues.
- tous âges confondus.
- femmes ayant présentées une grossesse spontanée, sans pathologie et un accouchement eutocique.
- accouchées et nouveau-nés présentant des suites de couches physiologiques.

J'ai choisi de m'entretenir auprès de primipares aussi bien que de multipares afin de mesurer l'éventuelle influence de la parité sur le vécu du séjour et sur l'accompagnement des professionnels. Toutefois, je n'ai pas réparti la population en proportion égale en fonction de ce critère dans le but d'évaluer l'accompagnement quelle

que soit la population: nouvelle mère ou expérimentée. Il en va de même en ce qui concerne l'âge des patientes.

Afin de faciliter l'exploitation des résultats concernant le vécu de la grossesse et de l'accouchement, j'ai interrogé des femmes n'ayant pas présenté de pathologie pouvant par la suite influencer le vécu du séjour en maternité.

Le choix d'échanger avec des accouchées présentant des suites de couches physiologiques en présence de leur nouveau-né sein tient du fait de ne pas surajouter de facteurs psychologiques et/ou pathologiques à cette période. C'est pourquoi, un critère d'exclusion était: « toute patiente dont l'enfant est hospitalisé en néonatalogie ». J'ai souhaité avant tout concentrer mon étude sur le vécu d'un accompagnement se déroulant dans des conditions favorables à la naissance d'une famille.

Dans le but d'obtenir des résultats fiables, non influencés par le fonctionnement d'un service et afin de confronter les différents types d'accompagnements proposés, l'enquête a été réalisée sur quatre principales structures: services X et Y de la maternité A, établissement public de niveau III; maternité de l'hôpital B, établissement semi-privé à but non lucratif de niveau II; maternité C, établissement public de niveau I et enfin maternité D, établissement privé à but lucratif de niveau IIB. La population comprenait ainsi six patientes séjournant dans chaque service.

6) Durée et conditions de l'étude

Mon enquête s'est déroulée sur six semaines, du 12 octobre 2007 au 30 novembre 2007. Les entretiens ont duré de quinze minutes à plus d'une heure dont douze de plus de quarante cinq minutes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir obtenu l'accord des accouchées sinon recueillis par écrit. L'anonymat fut garanti.

Les entretiens étaient effectués la veille de la sortie des patientes et de leur enfant afin de récolter leur ressenti sur l'ensemble du séjour. La majorité d'entre-elles sortaient le quatrième jour.

7) Limites et points forts de l'enquête

La principale difficulté fût de mettre en confiance certaines femmes pour qu'elles parlent librement, sans crainte que ce qu'elles pouvaient confier ne soit révélé. De plus, il est parfois arrivé que certaines d'entre elles débordent du cadre de l'enquête et s'étendent sur des sujets très vastes. Au contraire, d'autres ont pu être limitées dans leur discours et ont exprimé une certaine pudeur à faire part de leurs sentiments. Il faut également tenir compte du caractère subjectif que peut revêtir l'utilisation d'entretiens semi-directifs appréciant la satisfaction mais aussi du risque d'interprétation dans l'analyse des réponses obtenues.

Toutefois, le principe de l'entretien s'avère très enrichissant de part la dimension humaine des échanges qui permettent la création d'une relation concrète avec les personnes interviewées.

8) Présentation des établissements concernés par l'étude

Puisque l'élément capital de ma grille d'entretien porte sur l'appréciation du séjour en maternité, il m'a semblé essentiel de connaître le fonctionnement des services concernés par mon étude. C'est pourquoi j'ai rencontré chacune des cadres sages-femmes de ces services qui m'ont décrit l'organisation propre de leur secteur à l'aide d'un questionnaire semi-directif que j'ai préalablement réalisé. (**cf. annexe n° II**) Ces entretiens ont constitué un appui, une base théorique concrète à mon analyse me permettant d'orienter et d'ajuster mes échanges auprès des patientes.

Ce temps de rencontre prenait la forme d'une discussion autour de la question générale: « comment s'organise votre service de suites de couches? », puis se déclinait en plusieurs items concernant le niveau de l'établissement, les locaux, les professionnels, l'entité familiale, les pratiques professionnelles ainsi que la communication au sein de la structure.

	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D
Nombre de naissances par an en 2007	2386	2092	1004	2204
Locaux	36 lits 2 unités fonctionnelles sectorisées	49 lits 2 unités fonctionnelles sectorisées 2 pouponnières	19 lits 1 unité fonctionnelle 1 pouponnière	53 lits 2 unités fonctionnelles 1 nurserie
Professionnels	Sage-femme, aides soignantes, auxiliaires de puériculture, ASH, élèves		+ puéricultrice	+ une sage-femme de nurserie
	+ Obstétriciens, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, pédiatres...			
Entité familiale	Libre accès pour les pères Visites limitées aux après midi pour le reste de la famille			
Organisation	Prise en charge des mères et des nouveau-nés axée sur le binôme sage-femme/ auxiliaire de puériculture	Prise en charge dissociée: Sage femme aux côtés des mères Auxiliaires de puéricultures aux côtés des nouveau-nés	« chacun assure en fonction de son profil de son poste les tâches qui lui incombent, mais il y a une collaboration. »	Prise en charge dissociée: Sage femme aux côtés des mères Auxiliaires de puéricultures et une sage femme de nurserie aux côtés des nouveau-nés

Communication	<p>3 temps de transmissions</p> <p>au minimum un temps de transmission commune mère-enfant entre sage-femme et auxiliaires</p> <p>dossiers de soins mères-enfants séparés</p> <p>1 staff quotidien</p>	<p>3 temps de transmissions</p> <p>pas de transmissions communes mère-enfant</p> <p>dossiers de soins mères-enfants séparés</p> <p>1 staff quotidien</p>	<p>3 temps de transmissions</p> <p>un temps de transmission commune mère-enfant entre sage-femme et auxiliaires</p> <p>dossiers de soins mères-enfants séparés</p> <p>1 staff quotidien</p>	<p>4 temps de transmissions</p> <p>pas de transmissions communes mère-enfant</p> <p>dossiers de soins mères-enfants séparés</p> <p>Pas de staff</p>
---------------	--	--	---	---

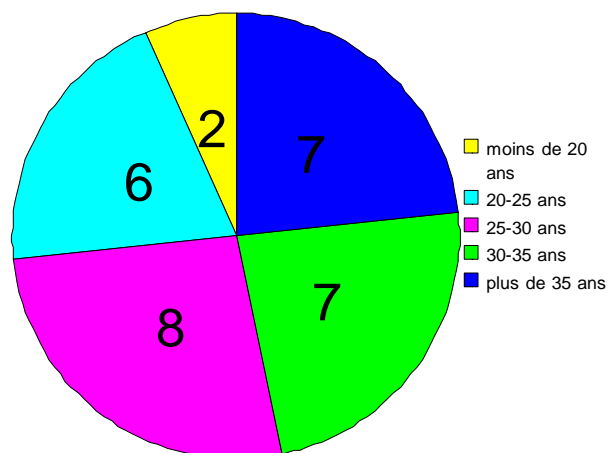
II. TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

1) Présentation de la population

➤ Age maternel

Diagramme n° 1 :

Age des mères participant à l'enquête



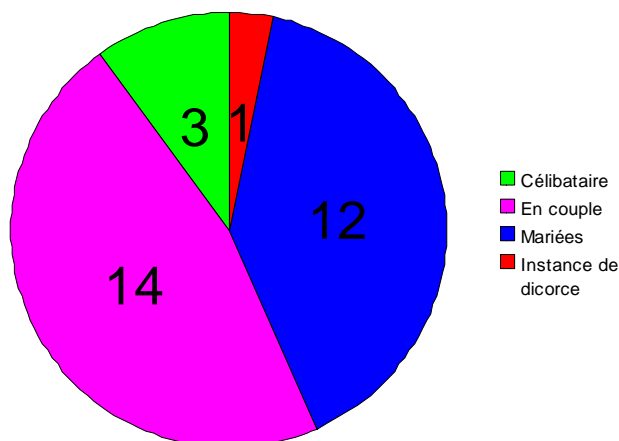
La majorité des femmes interrogées avaient entre 24 et 37 ans. Néanmoins, on remarque une répartition homogène des âges des patientes allant de 18 à 41 ans. En fonction des différents niveaux de satisfaction, les différentes catégories d'âge sont représentées en proportion approximativement égale parmi les mères satisfaites, moyennement satisfaites ou au contraire insatisfaites.

➤ Situation familiale

Diagramme n° 2 :

Situation familiale des mères

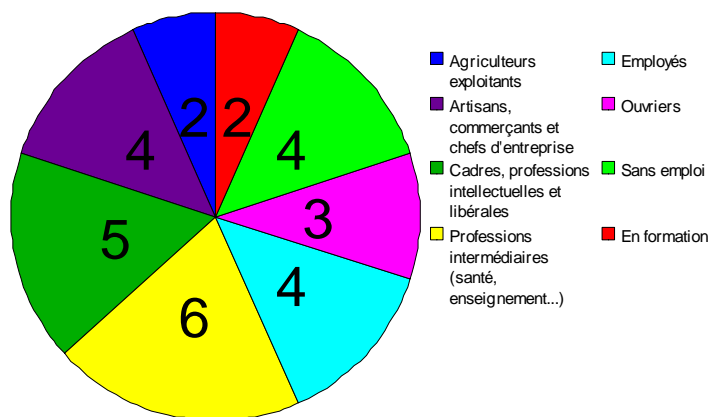
Participant à l'enquête



➤ Catégorie socioprofessionnelle

Diagramme n° 3 :

*Catégorie socioprofessionnelle
des mères participant à l'enquête*



➤ Parité

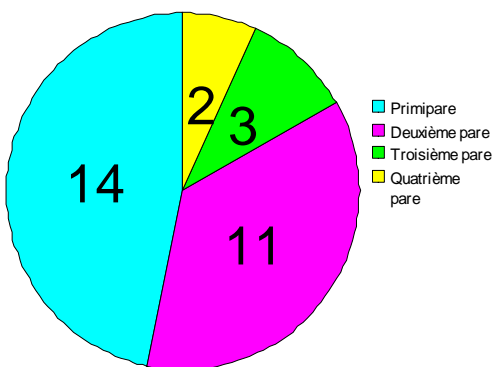


Diagramme n° 4 :

Parité des mères participant à l'enquête

En corrélant la parité au degré de satisfaction des mères vis-à-vis de leur séjour en maternité, voici les résultats obtenus :

Nombre d'enfant	Primipares	Multipares
<i>Séjour</i>		
<i>Satisfaisant</i>	6	12
<i>Moyennement</i>	7	3
<i>Insatisfaisant</i>	1	1

➤ Allaitement

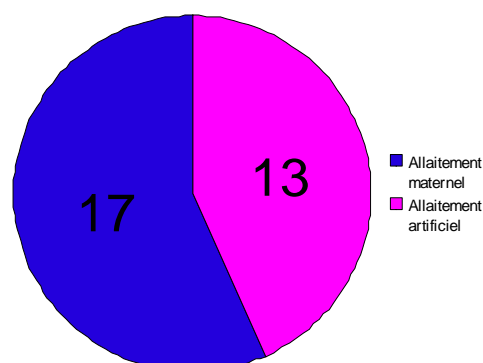


Diagramme n° 5 :

Choix d'allaitement des nouveau-nés

Rapporté à l'appréciation du séjour en maternité, voici la distinction entre la satisfaction des mères allaitantes et celle des femmes ayant préféré un allaitement artificiel :

Choix d'allaitement	Allaitement maternel	Allaitement artificiel
Séjour		
Satisfaisant	7	11
Insatisfaisant	10	2

2) Appréciation de la grossesse et de l'accouchement

Le temps du post-partum ne pouvant être dissocié de l'histoire de la grossesse et de l'accouchement, une analyse simple et exhaustive de ces deux périodes successives avait pour but de démontrer une éventuelle influence de leur déroulement et de leur vécu sur l'appréciation du séjour en maternité.

➤ Dans l'attente de bébé

Parmi les trente mères qui m'ont fait part de leur ressenti et qui m'ont décrit leur grossesse, j'ai pu distinguer trois degrés de satisfaction, tous motivés par différents facteurs.

Grossesse	Vécu positif	Vécu difficile	Lourd vécu
Séjour			
Satisfaisant	14	4	0
Moyennement	3	5	2
Insatisfaisant	1	0	1

➔ 18 femmes ont exprimé le fait d'avoir très bien vécu leur grossesse, sans problèmes particuliers, évoquant un enfant désiré, un suivi satisfaisant et répondant à leurs attentes ainsi qu'un entourage présent.

« *Il n'y avait pas de soucis. Je l'ai très bien vécue. C'était une grossesse voulue, facile.* »

➔ 9 accouchées ont éprouvé quelques difficultés pendant cette période.

➔ 3 patientes ont confié un véritable mal être face à cet état.

Au cours de la retranscription des entretiens, j'ai pu classer quatre ordres de complications décrites:

- **difficultés d'origine organiques** communément appelées « petits maux de la grossesse » telles que les nausées ou encore l'asthénie.

« *Ma grossesse s'est bien déroulée dans l'ensemble, mais les nausées m'ont gênées du début jusqu'à la fin, ça devenait épuisant à la fin.* »

« *C'est très fatiguant physiquement, surtout à la fin avec trois enfants déjà en bas âge.* »

- **difficultés d'origine médicales et obstétricales:** diabète, hypertension, menace d'accouchement prématuré...

« Au départ, elle a mal commencé, j'avais un décollement, donc on m'a mis très rapidement au repos. »

« J'avais un peu de soucis au niveau du col, il était ouvert au septième mois. En plus, on a suspecté un diabète. »

- **difficultés d'ordre psychologique:** certaines accouchées ont évoqué la peur de l'accouchement, la peur de perdre le bébé, la difficulté d'investir la grossesse, le caractère inattendu et inadapté de cette dernière ou encore la transformation corporelle difficile à accepter.

« J'ai très mal vécu cette grossesse. J'ai psychoté tout du long. J'avais peur de perdre mon bébé. »

« J'ai mal vécu ma grossesse psychologiquement. Elle n'était pas prévue. Je ne me suis pas sentie à l'aise surtout avec mon gros ventre et mon poids (rires). Je ne me suis pas sentie super bien. »

- **difficultés d'ordre sociales et familiales:** ces femmes ont abordé ici un manque de soutien, un entourage peu ou trop présent, une séparation ou encore un divorce, des difficultés financières ainsi que de l'ennui après l'arrêt de leur activité professionnelle.

« J'ai été arrêtée dès les premiers mois. Le travail me manquait. Je me sentais un peu seule surtout du fait que mon mari était absent les trois premiers mois pour son boulot. »

➤ La naissance de bébé

Concernant le déroulement de l'accouchement, nous retrouvons les trois niveaux de satisfaction.

Accouchement	Bien vécu	Mal vécu
Séjour		
Satisfaisant	11	1
Moyennement	4	0
Insatisfaisant	1	1

➔ 16 femmes soit un peu moins des 2/3 ont très bien vécu leur accouchement. Les critères de satisfaction majoritairement cités étant: la rapidité, l'efficacité de l'analgésie péridurale, le choix de la position d'accouchement, la présence du papa, l'accompagnement des professionnels et surtout l'absence de complication (citée neuf fois).

« C'était super! J'ai accouché sur le côté. C'était mon souhait. La sage-femme était sans cesse à mes côtés. »

« Ça a été magnifique parce que c'était rapide pas comme pour la première. »

« Quand j'y repense, je me demande comment j'ai fait. Heureusement que mon mari était là sinon je n'y serais jamais arrivée. »

➔ 12 femmes témoignent d'un accouchement plus ou moins bien vécu du fait de la durée et de la douleur des contractions, de l'absence ou de l'inefficacité de l'analgésie péridurale et du stress.

« Ça s'est bien déroulé dans l'ensemble, mais j'étais stressée et j'avais très mal à cause des contractions dans le dos. »

« Un peu difficile tout de même, la péridurale n'a pas fonctionné. »

➔ Enfin deux femmes semblent avoir un mauvais ressenti à l'égard de ce moment. En effet, une femme a fait part de sa déception:

« J'ai perdu les eaux à la maison. Je ne savais pas ce qu'étaient les contractions. On me l'a provoqué. La péridurale, ça a été horrible. Je n'ai rien compris. Tout a été très vite. Je n'étais pas préparée à ce que cela aille si vite. Ce ne fut pas un moment magique. »

Tandis qu'une autre mère évoque sa solitude face à l'absence de son compagnon.

➤ Le ressenti à l'arrivée de bébé

A la question : "Qu'avez-vous ressenti après la naissance de votre enfant?":

➔ 24 femmes ont décrit un grand soulagement aussi bien sur le plan moral que physique et 22 ont déclaré avoir été envahies par un sentiment de joie, de bonheur et de plénitude.

« J'étais avec mon mari. Il y a eu beaucoup de larmes mais de bonheur. »

« C'est magique. J'ai tout oublié. Plus rien n'avait d'importance après malgré la douleur. Je me suis sentie plus légère, soulagée. »

→ D'autres sentiments tels que l'émotion, la fierté, le bien-être ainsi que la fatigue ont été cités. Une femme a été déçue de « *la façon dont ça s'est déroulé. On ne me l'a pas posé tout de suite sur moi.* » Une mère a également manifesté un sentiment de panique: « *j'ai eu tout à coup peur en le voyant si petit. J'avais du mal à réaliser. Je me suis demandée si je serais à la hauteur.* »

3) Appréciation du séjour à la maternité

Dans le but d'orienter mes échanges au plus près du ressenti des nouvelles accouchées, j'ai tout d'abord rencontré cinq patientes: chacune d'elles séjournant dans chacun des services participant à mon enquête. Ainsi, l'évaluation du séjour à la maternité a reposé sur les réponses aux questions concernant le vécu, la satisfaction et l'accompagnement des professionnels. En vue des premiers éléments apportés, ce dernier s'est essentiellement focalisé sur les éléments d'appréciation suivants: pluridisciplinarité, multiplicité, disponibilité, temps de séjour et enfin prise en charge du couple mère-enfant.

Après avoir réalisé et retranscrit intégralement ces échanges, j'ai pu mettre en exergue les différents critères de satisfaction et d'insatisfaction, mais surtout les attentes des mères vis-à-vis de leur séjour.

C'est alors que 18 femmes ont déclaré avoir été satisfaites de leur séjour en maternité contre dix qui semblent l'avoir été moyennement, tandis que deux patientes témoignent de leur insatisfaction.

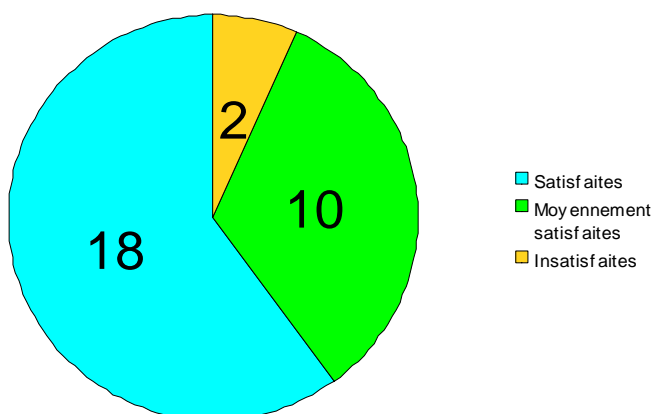


Diagramme n° 6 :
Satisfaction des mères
concernant leur séjour
en maternité

Les propos majoritairement employés pour qualifier leur séjour furent: « fatigant », « bruyant », « stressant », « médical », et « incomplet ». D'autres termes tels que « impersonnel », « inadapté », « inutile » ou encore « casse-pieds » ont été utilisés.

A l'opposé, ce temps d'hospitalisation a été qualifié de part et d'autre d' « agréable », « accueillant », « impeccable », « rassurant », « utile » et « nécessaire » pour les 18 patientes satisfaites. Sept d'entre elles l'ont jugé comme « répondant à leurs attentes. »

C'est pourquoi je vais développer ces diverses attentes formulées par les mères tout en faisant lien avec les réponses prodiguées concernant l'accompagnement.

A la question : « qu'attendiez-vous de la prise en charge de la sage-femme vis-à-vis de vous même et de votre enfant? », j'ai pu faire ressortir différentes demandes:

➔ En premier lieu, 23 accouchées ont mentionné le souhait que l'on **réponde à leurs questions.**

« C'est mon premier enfant. J'avais peur en venant ici. J'avais déjà préparé toutes mes questions à l'avance pour qu'on puisse me répondre. »

« Même si le passage de la sage-femme peut paraître répétitif tous les matins, c'est nécessaire pour oser poser des questions. »

Les principales interrogations se concentrent sur l'allaitement (cité 17 fois) maternel et/ou artificiel, sur les soins à prodiguer au bébé, sur le retour à domicile et sur le devenir de leur corps.

« Pour le premier, j'ai été mal conseillé, je ne l'ai pas allaité longtemps. J'étais super déçue. Alors là, je voulais qu'il y ait justement des réponses et un accompagnement sur l'allaitement. »

Pour 22 accouchées, les réponses apportées ont été satisfaisantes dans l'ensemble. Une patiente n'a pas souhaité faire part de son ressenti, tandis que les sept autres ont fait remarquer un manque de disponibilité, un manque de temps, des

informations incomplètes ou encore discordantes. Cet aspect sera d'ailleurs développé ultérieurement.

➔ Le fait d'être **écoutée** est un des éléments majoritairement exprimé.

« J'attendais surtout de la sage-femme qu'elle écoute ce que je vivais, mais aussi qu'elle écoute mon bébé. »

Parmi les 30 accouchées, 14 ont ressenti ce besoin contre 16 qui ne l'ont pas eu.

« Y'a pas eu besoin car on est venu me parler. »

« Non, j'en ai pas eu besoin, ça passe tout vite et on est gâté. »

11 des patientes ayant manifesté ce désir d'écoute pensent l'avoir été et mettent en avant la disponibilité, la patience et le sérieux des professionnels.

« Il y avait toujours quelqu'un pour m'écouter quand je pleurais. »

« Oui, j'ai eu deux étudiantes qui m'ont chouchoutée. »

Une femme n'est pas sûre au final d'avoir été réellement écoutée et n'a pas souhaité justifier ses propos.

Deux mamans ont expliqué leur insatisfaction. L'une d'elle déplore le manque de proximité du personnel et déclare: « ça se limite à : ça va, bien dormi? Pas de douleur? Eh ben c'est bien. Bonjour l'écoute» Tandis que la deuxième n'a pas reçu l'écoute qu'elle espérait et a été déçue: « Je voyais bien qu'on faisait semblant de m'écouter pour pouvoir vite aller dans l'autre chambre. »

➔ Les termes "**chaleur humaine**", "**accueil chaleureux**", "**relation de confiance**", "**soutien**" ont été formulés à de nombreuses reprises par la moitié des patientes.

En effet, nombre d'entre elles (plus d'un tiers) attendaient d'être rassurées, guidées et soutenues dans l'expérience du devenir maman.

« Après un accouchement, on est plus vulnérable. En plus, c'est une expérience plutôt intime. Il est préférable que les professionnels soient gentils et ouverts pour se sentir en confiance et pouvoir parler. »

La majorité d'entre-elles s'est estimée soutenue et bien conseillée.

« Ça ne se limitait pas au médical, les sages-femmes m'ont bien guidée. Certaines ont même un côté maternel. »

« Cela m'a fait du bien de sentir que je n'étais pas seule, parce que lorsque vous vous retrouvez dans votre chambre seule avec votre bébé qui n'arrête pas de pleurer, vous vous laissez vite déborder. Heureusement, les professionnels dédramatisent la situation et vous confortent dans votre rôle de maman. Elles ont l'habitude. »

Une maman a même employé le terme "complicité": *« j'ai apprécié le fait de pouvoir discuter de tout et de rien, pas seulement de moi et du bébé. »*

Par contre, cinq femmes se sont senties « lâchées dans la nature », décrivant un personnel peu disponible, « désabusé », « ayant perdu leur motivation » ou encore « peu convivial ».

« Vu comme on m'a répondu sèchement le premier jour, je n'ai plus osé poser de question. Du coup, je rentre demain et je ne sais pas si je dois toujours tirer mon lait ou non. »

« J'avais l'impression de les embêter quand je sonnais pour qu'on me donne mon bébé le premier jour après la césarienne. »

➔ Le **temps**, la **patience** accordés aux patientes ainsi que la **disponibilité des professionnels** a été évoqué par 13 d'entre-elles comme attente principale.

Les mères souhaitent que « (l') on soit à (leur) disponibilité ». Plus de 2/3 décrivent une grande disponibilité de la part du personnel à leur égard.

« Il y a toujours quelqu'un pour s'occuper de nous. On peut toujours sonner et ils arrivent. »

« Très disponible, très serviable, très poli (...) il n'y a même pas besoin de sonner. »

Sept mamans ont remarqué une différence entre le travail de jour et celui de nuit.

« Je n'en pouvais plus. Personne ne m'a rien expliqué jusqu'à la nuit dernière où une jeune sage-femme a pris son temps, elle s'est assise à côté de moi et est restée au moins plus d'une heure pour trouver une solution avec moi. Je l'ai appelée "un ange du soir".

« La nuit, elles sont plus détendues, plus patientes. »

Trois autres, à l'opposé ont regretté le manque d'investissement.

« Une nuit, L... n'arrêtait pas de pleurer, j'ai appelé. On m'a donné un biberon et je n'ai plus revu personne de la nuit. »

Neuf accouchées se sont avérées insatisfaites vis-à-vis du temps et de la disponibilité qui leur a été accordée.

« Il y a trop de travail. Parfois on demande et personne ne vient ou alors on vous répond à côté. »

« (...) mais le personnel est malheureusement toujours trop pressé vu le nombre de patientes à consulter (...) l'idéal serait que la sage-femme reste au moins un quart d'heure voire même une demi heure dans chaque chambre. »

➔ L'**allaitement** constitue également une priorité dans les attentes exprimées par les mères.

En effet, ces dernières souhaitent être accompagnées dans cette expérience. Ce désir fut mentionné 19 fois. L'allaitement, qu'il soit artificiel ou maternel est le deuxième sujet quotidien le plus abordé et représente la difficulté la plus rencontrée lors du séjour en maternité. Concernant l'allaitement artificiel, les difficultés étaient principalement liées aux quantités, au mode d'administration et à la prise de poids de l'enfant.

Parmi 17 mères allaitantes, 11 ont jugé avoir bénéficié d'un accompagnement en accord avec leurs attentes.

« Même si ce n'est pas toujours évident, on vous propose plusieurs solutions et au final j'ai réussi à m'en sortir. »

« Au début, heureusement, on est venu m'aider pour chaque mise au sein. »

A l'opposé, six femmes ont fait part de leur insatisfaction mettant en avant un manque de considération et des informations discordantes qui seront développées ultérieurement.

« Pour mes deux allaitements, j'ai eu la même chose et à aucun moment on a su me conseiller. »

« Quand j'ai demandé si je devrais tirer mon lait encore chez moi, on m'a dit d'aller à la PMI, qu'ils sauraient me conseiller. »

➔ Sept accouchées ont également formulé le souhait de **pouvoir se reposer** durant leur séjour en maternité dans le but avant tout d'optimiser leur retour à domicile.

C'est ainsi que 22 mères assurent avoir pu profiter dans l'ensemble de leur hospitalisation contre huit qui manifestent un mécontentement lié en majeure partie à

l'organisation du service (allées et venues du personnel...), au bruit, aux visites et aux pleurs du bébé.

« Oui, j'ai pu me reposer. La première nuit, on m'a proposé de la prendre, cela a été bien sympa. »

« Cela reste un séjour à l'hôpital donc très fatiguant. Je n'attends qu'une chose, le retour à la maison. »

Trois patientes ont en outre estimé que leur temps de séjour jugé « *trop court* » a entravé le fait de profiter pleinement de ces quelques jours.

En effet, à la question: "A la veille de votre sortie, comment vous sentez-vous?", 11 ont confié se sentir très fatiguées. Ce facteur constitue d'ailleurs le quatrième sujet le plus abordé lors de la visite quotidienne de la sage-femme ainsi qu'une des difficultés essentielle du séjour.

« Je ne l'ai pas vu passer. Tout a été si vite que je n'ai pas pu profiter et surtout je n'ai pas récupéré pour pouvoir être en forme à la maison avec mes deux premiers qui m'attendent. »

De plus, quatre femmes ont rapporté une certaine appréhension à l'idée de rentrer à domicile s'extériorisant pour l'une d'entre elle par une grande anxiété.

« Je suis contente de rentrer, mais je ne suis pas totalement rassurée. J'ai un peu peur. Ma mère va venir m'aider. Cela ne m'aurais pas dérangé de rester encore un peu. »

A l'extrême, 12 ont contesté la longueur de leur séjour témoignant leur impatience. 24 se sentaient « pressées » de rentrer.

« Je suis pressée de sortir, j'ai tout préparé. »

« Quand tout se passe bien, c'est long parce qu'on a envie de rentrer chez soi. »

La moitié des mères sont quant à elles en accord avec leur durée d'hospitalisation stipulant un "bien-être" et un côté "rassurant".

« On est bien. On s'occupe de nous. On a besoin des trois premiers jours, cela permet d'être rassurée et de pouvoir respirer physiquement. »

En demandant alors à ces femmes de se positionner quant à la durée de séjour idéal, les propositions furent diversifiées. En réalité, la sortie était prévue en moyenne au quatrième jour et s'est étendue du deuxième au sixième jour post-partum concernant les patientes auprès desquelles je me suis entretenue. L'idéal se situe pour la majorité au troisième jour (12 fois cité), tandis que neuf l'évaluent au quatrième jour après

l'accouchement. Le deuxième jour avec un suivi à domicile convient à trois mères, alors que trois autres perçoivent cet idéal dans un séjour de cinq jours. Une patiente attribue même une durée d'une semaine au temps d'hospitalisation optimal. Enfin, deux femmes pensent que « *cela dépend des cas* ».

➔ Dans un même esprit, huit nouvelles accouchées ont exposé leur envie d'être **préparées à leur retour à domicile**.

Cela semble avoir été le cas pour 23 accouchées qui déclarent être prêtes à rentrer chez elles contre sept qui ne le sont pas totalement et dévoilent une certaine anxiété et un besoin d'être davantage rassurées et encadrées.

« J'ai l'impression qu'il me reste encore plein de trucs à apprendre surtout par rapport au bébé. Je suis prête physiquement, mais mentalement je ne sais pas si je suis vraiment prête à me retrouver toute seule. »

➔ Lors de leur hospitalisation, 12 femmes aspiraient à ce que l'on s'occupe d'elles mais aussi de leur **bébé** ainsi que de leur **entourage**.

A la question: "A-t-on prêté attention aux préoccupations de votre conjoint? Et de vos autres enfants?", sept semblent avoir été satisfaites, neuf estiment que cela n'a pas été nécessaire. 14 mères signalent que cela n'a pas été le cas contrairement à ce qu'elles auraient souhaité.

« Non, on ne m'a pas posé de questions sur eux spécialement. Je ne sais même pas si elles savaient que j'avais d'autres enfants. »

Cette attente a été également reprise dans les sujets abordés quotidiennement avec la sage-femme.

En plus d'un accompagnement et d'une surveillance médicale maintes fois rapportés, les accouchées ont objectivé un **suivi de l'enfant également**.

Beaucoup ont énoncé des sentiments positifs de joie et d'émerveillement pour décrire leur première rencontre avec leur enfant: plus des 2/3.

« J'avais l'impression qu'elle avait toujours été là. »

« C'est formidable. C'est génial. Le lien a tout de suite été là. »

Toutefois, quelques-unes m'ont fait part de leurs difficultés.

« Au départ, j'ai pas osé. On regarde si c'est bien le nôtre. On a une image dans la tête avant qu'il naisse puis une autre quand il naît. Et c'est pas forcément ce qu'on pensait. »

Six femmes ont révélé avoir ressenti le besoin d'être accompagnée afin de faire connaissance avec leur enfant. La plupart ont au final entrepris cette démarche seule. L'une d'elle a évoqué l'aide de la sage-femme et une mère a attribué cette aide à son mari.

« C'est le papa qui a répondu à ce besoin. »

Les 24 autres accouchées n'en n'ont pas ressenti la nécessité et se sont « *senti à l'aise* » et ont profité des moments seuls pour se découvrir.

« Non je n'ai pas eu besoin d'être accompagnée. C'est intime entre lui et moi. »

Concernant l'accompagnement de l'enfant auprès de sa maman, 12 patientes ont rendu compte d'une scission au niveau de la prise en charge contre 14 qui ont décrit un suivi commun. Il est à noter que quatre mères n'y ont pas prêté attention.

« Les professionnels se sont plus occupés de moi. Les élèves sages-femmes de nous deux. »

« La sage-femme s'occupait de moi. Certaines ne regardaient même pas où était le bébé. Pour lui, c'était la puéricultrice. »

« On nous demandait en même temps comment nous allions le petit et moi. »

Afin de répondre aux questions les concernant, les accouchées s'adressent plus facilement aux sages-femmes (citées 26 fois). Lorsqu'il s'agit d'interrogations portant sur l'enfant, les mères s'orientent aussi bien vers les sages-femmes que les puéricultrices ou auxiliaires de puériculture. Deux femmes citent les élèves sages-femmes, une préfère en référer à son gynécologue et une évoque « *sa maman* ». D'autres s'en réfèrent à la première personne rencontrée n'accordant pas d'importance à sa fonction.

« En ce qui me concerne: la sage-femme parce qu'elle vient vers nous. Pour le bébé, aux auxiliaires de puériculture parce qu'elles vont vers le bébé. »

« Je n'ai pas trop fait la différence. Je posais des questions à la première qui ouvrait la porte. Si ce n'est pas son domaine, elle me renvoie à la personne concernée. »

➔ Une femme m'a communiqué sa déception vis-à-vis du **suivi médical** dont elle a bénéficié par rapport à ce qu'elle en attendait.

« *Je m'attendais à ce que la sage-femme réponde plus sur un plan gynécologique.* »

Cet aspect constitue le sujet le plus abordé lors de la visite quotidienne de la sage-femme. Il fut cité 24 fois. Selon les patientes, ce suivi englobe le « *bien-être, les douleurs, la vérification de l'utérus, les petits soucis, la poitrine, la suture, la contraception...* ». Une accouchée énonce également la « *baby blues* ».

➔ Deux accouchées ont exprimé parmi leurs attentes la volonté de bénéficier d'un **suivi personnalisé et concordant**.

Une femme illustre son souhait par ces propos:

« *J'aimerais programmer mon séjour avec les professionnels pour qu'ils me connaissent moi et mon enfant et que l'on fasse en fonction de nos disponibilités et de ce que l'on veut vraiment.* »

Le désir le plus formulé reste le fait d'obtenir les mêmes informations claires par tous les professionnels qui paraissent nombreux pour les 2/3 des femmes hospitalisées. Chaque jour, ces femmes précisent rencontrer de trois à dix professionnels allant de la sage-femme aux élèves sages-femmes, aux auxiliaires de puériculture, aux puéricultrices, aux gynécologues, aux psychologues, aux femmes de ménage, aux aides soignantes, aux infirmières, aux diététiciennes, aux photographes.

Parmi ces divers professionnels, 18 mères spécifient éprouver des difficultés à identifier leurs fonctions et rapportent que ces derniers ne se présentent pas, tandis que 12 différencient sans souci les différentes professions.

« *Plus ou moins avec le bouquin qui est dans les chambres. On est censé vous reconnaître d'après vos tenues, mais c'est pas toujours évident.* »

« *On a du mal à savoir qui c'est. Les étudiants et les médecins se présentent.* »

De même, 19 mères constatent le fait d'avoir obtenu des informations différentes pour une même demande, ce qu'elles qualifient de « *déroutant* » surtout concernant l'alimentation et le bien-être de l'enfant.

« *Tous n'ont pas la même approche et les mêmes avis. Par exemple, ça faisait un bout de temps que mon bébé n'avait pas mangé. Une m'a dit: "c'est pas grave, vous pouvez*

laisser cinq heures largement". Une autre m'a rouspétée en me disant "jamais plus de trois heures" (...) Mon séjour m'a plutôt embrouillée qu'autre chose. »

Les 11 autres accouchées ont au contraire manifesté leur satisfaction vis-à-vis des informations reçues.

« Il y a des habitudes différentes, mais ça va, il y a les mêmes bases. Les informations qui me concernent m'ont convenues. »

➔ L'**autonomie** a été associée aux attentes de trois des accouchées. Ce besoin évoqué par ces dernières a été notamment formulé de la manière suivante:

« Je voulais cette fois-ci qu'on me laisse m'occuper de mon bébé. Pour la première, on me montrait toujours tout. Je n'avais fait le bain qu'une seule fois avant la sortie. J'avais l'impression qu'on me faisait pas confiance. »

Parmi les 30 mères participant à l'étude, 20 se sont senties valorisées dans leur capacités à prendre en charge leur enfant grâce à des encouragements, à des compliments et félicitations de la part des professionnels.

Neuf accouchées n'ont pas ressenti cette valorisation, une femme évoquant d'ailleurs une impression d'incapacité.

« Au début, non. Je me faisais "engueuler" parce que je ne faisais pas comme il fallait. »

Une patiente n'a pas su quoi répondre à la question.

➔ Deux accouchées aspiraient à ce que l'on « **s'inquiète pour elles** » lors de leur séjour, ce qu'elles qualifiaient de « *rassurant* » et « *agréable* ».

➔ La **sécurité** a été indiquée par une patiente: « J'ai choisi cet hôpital parce qu'il est réputé et je souhaite qu'on assure la sécurité de mon bébé ».

➔ Pour finir, cinq personnes rencontrées n'ont **pas** formulé d'**attentes particulières et précises** concernant leur prise en charge et celle de leur enfant.

Dans le but d'anticiper sur la troisième partie de mon travail et de tenir compte de leurs opinions, j'ai suggéré aux mères de me faire part de leurs propositions afin d'améliorer l'accompagnement en suites de couches.

- ➔ Douze se sont révélées sans avis jugeant leur expérience satisfaisante.
- ➔ Six aimeraient remédier au caractère fatiguant du séjour. Les diverses solutions évoquées furent:
 - moins de bruit
 - créer davantage de chambres individuelles
 - imposer les horaires de visites pour les chambres doubles
 - ne plus rentrer dans les chambres à partir d'une certaine heure
- ➔ Huit accouchées sont en faveur d'un discours unique les concernant mais aussi vis-à-vis de leur enfant: « *il faudrait que les services s'accordent entre eux pour dire la même chose* ».
- ➔ Cinq mères suggèrent que les professionnels se présentent davantage.
- ➔ Deux mamans proposent que les horaires des professionnels soient aménagés de façon à ce qu'elles ne voient pas trop de personnel différent pendant leur séjour.
- ➔ Cinq femmes mettent en avant la prise en charge « séparée » de leur enfant: « La sage-femme s'occupe de nous, l'auxiliaire de l'enfant. Il faudrait que ce soit complet et fait tout ensemble ».
- ➔ Trois se positionnent pour un accompagnement à domicile.
- ➔ Une mère soumet l'idée « *rassurante* » d'organiser un temps et un lieu où les mères pourraient échanger pendant leur séjour.
- ➔ Une accouchée souhaiterait que la maternité soit moins « *directive* » et qu'on « *laisse la mère et son enfant évoluer à leur rythme* ».
- ➔ Enfin, six femmes suggèrent d'améliorer la qualité des repas.

Troisième Partie :

***ANALYSE DES RESULTATS DE
L'ENQUETE ET PROPOSITION DE
SOLUTIONS***

I. ANALYSE DES ENTRETIENS

En procédant à l'analyse des résultats de l'enquête précédemment retranscrite, plusieurs thèmes sont mis en valeur et invitent à une discussion, notamment relative aux hypothèses prédéterminées en première partie.

A. Les facteurs influençant le vécu du séjour à la maternité

En procédant à l'analyse des différents diagrammes et tableaux représentés dans la deuxième partie de ce travail, il convient tout d'abord d'exclure l'âge en tant que critère pouvant influencer l'appréciation du séjour en suites de couches à l'échelle de notre enquête. (cf. diagramme n° 1 p. 28)

Concernant la situation familiale des accouchées rencontrées, l'échantillon est peu représentatif. (cf. diagramme n° 2 p. 28). Il s'avère alors complexe d'évaluer l'impact de la situation familiale sur le vécu du séjour à la maternité. Toutefois, il est à noter qu'une des deux patientes ayant fait part de son insatisfaction générale se trouvaient en instance de divorce. Cette dernière observation témoigne d'une corrélation certaine entre la situation familiale des patientes et leur façon de vivre ce temps d'hospitalisation.

A travers l'échantillon de femmes collaborant à l'étude, toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées. (cf. diagramme n° 3 p. 29). Cela permet de constater qu'il s'agissait d'une population sans difficultés sociales ou économiques majeures. Il semblerait dans notre cas, que les catégories socioprofessionnelles n'aient pas d'impact direct sur l'appréciation du séjour en maternité.

Comme en témoignent le diagramme n° 4 ainsi que le tableau représentés p. 29, il semble que la multiparité apporte un apport davantage bénéfique que la primiparité à l'épanouissement des mères.

Concernant le choix d'allaitement des nouveau-nés, la répartition au sein des mères intégrant l'enquête s'avère relativement homogène. (cf. diagramme n° 5 p. 30)

Il apparaît que l'allaitement maternel constitue un facteur intervenant dans la satisfaction des patientes. (cf. tableau p. 30) L'allaitement en priorité maternel constitue donc un élément essentiel dans la prise en compte du déroulement des suites de couches.

En outre, les femmes ayant bénéficié d'une grossesse au déroulement physiologique et positif seraient davantage en faveur d'un vécu favorable du post-partum immédiat.

Il convient également de dire que la façon de vivre son accouchement fait partie intégrante de la façon de vivre l'après naissance. (cf. tableaux p. 31 et 32)

Nous pouvons donc en conclure que l'histoire postnatale est entièrement liée à l'histoire anté et perinatale. Ces trois temps ne peuvent en aucun cas être dissociés. Il est alors possible de mettre en valeur quelques critères de vigilance cités par les accouchées pouvant influencer le déroulement du post-partum immédiat:

Pendant la grossesse	Lors de l'accouchement
<ul style="list-style-type: none"> - Primiparité - situation familiale - enfant non désiré - suivi insatisfaisant - peu ou pas d'entourage - difficultés organiques, médicales, obstétricales, psychologiques sociales et/ou familiales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accouchement long et difficile - Analgésie péridurale inefficace - Père non présent - Professionnels peu présents - Survenue de complications - Accouchement non préparé - Choix d'allaitement (maternel)

B. Regards sur la prise en charge en unité de suites de couches

1) La satisfaction des accouchées

Comme en témoigne le diagramme n° 6 p. 34, un peu plus d' 1/3 de la population totale exprime un mécontentement à un moment donné. Néanmoins, dans le but d'apprécier ces résultats à leur juste titre, il est intéressant de se pencher sur ce sentiment que représente la satisfaction.

En effet, la satisfaction est très subjective. Elle est influencée par l'histoire de la personne, par son style de vie, par ses valeurs. Or, la diversité des individus, de leur histoire et des situations est extrêmement importante. La mesure de la satisfaction devient en ce sens très personnelle et relative s'appuyant sur de nombreuses dimensions. Selon Le professeur Yves MATILLON, directeur de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES):

« La mesure de la satisfaction ne peut être justifiée que dans le contexte d'une politique d'amélioration continue des soins et des services. (...) En effet, l'analyse (...) des causes de satisfaction et insatisfaction permet de prioriser les actions à mettre en œuvre et ainsi de répondre de la manière la plus appropriée aux attentes des patients. » [33]

Ainsi, comme le précise une revue de la littérature médicale, la satisfaction va dépendre des types d'attentes des patients et surtout de la façon à laquelle nous allons y répondre. [33] D'où l'intérêt d'analyser les diverses attentes formulées par les accouchées durant l'enquête.

2) Les attentes des accouchées

Grâce à la transcription des entretiens, il est lieu de constater que de nombreuses attentes ont été formulées par les mamans. Ces dernières sont effectivement très diverses et recouvrent de très larges dimensions: médicales, sociales, psychologiques et affectives.

Tel que le souligne François STEUDLER [33]: « Les attentes [...] varient en fonction d'un grand nombre de variables. » Nous comptons par exemple parmi ces variables la personnalité, la culture, le contexte socio-économique et l'histoire anté et perinatale entre autres. Ce professeur de sociologie distingue ces attentes complexes en trois catégories:

- **Les attentes technico-médicales:** elles correspondent aux besoins organiques primaires, à une quête de sécurité. Le patient « touché dans son corps » attend une réponse et une restauration du fonctionnement normal.

Il est vrai qu'une accouchée évoque le terme même de "sécurité". D'autres illustrent ce type d'attente par le souhait de bénéficier d'un suivi médical approprié, d'un accompagnement de l'allaitement et d'obtenir des réponses à leurs questions techniques.

« J'attendais des réponses sur ce qui allait se passer concrètement pour moi et le bébé maintenant qu'il était là. »

Concernant le suivi et les interrogations d'ordre médical, un peu plus des 2/3 des mères attribuent une satisfaction aux réponses et offres qui leur ont été apportées.

- **Les attentes psychiques et sociales:** elles concernent les contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient inquiet « attend des informations et des relations rassurantes ».

Dans notre étude, ces attentes se manifestent notamment par le besoin d'être écoutées exprimé par 14 des accouchées dont 11 semblent l'avoir été.

« On m'a prise au sérieux. Même si tout était normal, on a tenu compte de ce que je disais. C'est important. »

Nous retrouvons encore une fois le désir de réponses aux interrogations, mais cette fois-ci d'ordre sociales et affectives. Plus d' 1/3 des mères aspiraient également à être rassurées et guidées lors de cette expérience notamment par un personnel disponible.

« Après un accouchement, on est plus vulnérable. En plus c'est une expérience plutôt intime. Il est préférable que les professionnels soient gentils et ouverts pour se sentir en confiance et pouvoir parler. »

Seulement cinq femmes ont fait part de leur mécontentement vis-à-vis de l'attention qui leur a été accordée. Il est important de signaler que 2 femmes s'attendaient à ce que l'on « *s'inquiète pour elle* ».

➤ **Les attentes matérielles et intellectuelles:** elles traduisent le désir de valorisation et d'estime de soi, la volonté d'être acteur des décisions et initiatives prises dans un nouvel environnement.

Les souhaits de pouvoir se reposer, d'être préparées pour leur retour à domicile, de bénéficier d'un suivi associant la mère et son enfant, d'un suivi personnalisé et concordant ou encore d'acquiescer de l'autonomie, formulés par les accouchées interrogées entrent dans cette catégorie d'attente.

« J'avais peur pendant le bain. On m'a quand même laissé faire. On m'a encouragé. Et c'est moi qui ai tout fait. J'étais fière de moi. »

Dans la majorité des cas: 2/3 des accouchées, les réponses prodiguées pour ces diverses attentes sont jugées satisfaisantes. Néanmoins, 1/3 des mères restent insatisfaites. Intéressons-nous alors aux différents éléments de mécontentement.

3) Les éléments ayant contribué à une insatisfaction

Le 1/3 de la population a fait part d'une insatisfaction quant au déroulement de leur séjour en suites de couches. Il s'avère de ce fait utile et nécessaire d'étudier les raisons de cette appréciation afin de cibler les principaux facteurs en cause. La discussion tiendra compte des propos avancés par les femmes tout en confrontant certaines données de la littérature.

➔ **Difficultés organisationnelles:**

Un des premiers éléments à avoir été mis en exergue est le manque de disponibilité, de temps de la part des professionnels, notamment par neuf accouchées.

« On m'a répondu: "je ne peux pas m'occuper de vous car il y a trop de monde". J'étais sciée. »

« Parfois on ressent une certaine tension quand elles sont en retard. »

La différence de temps qui leur a été accordée entre le jour et la nuit a été notable pour ces jeunes mères:

« De jour, c'est catastrophique, de nuit, elles prennent plus le temps. »

Il est intéressant de remarquer que cette qualité est souvent associée à la représentation de la sonnette. Même si cette dernière est utilisée en dernier recours, elle permet d'avoir un professionnel à sa disposition.

La difficulté principale évoquée par les mères est liée à l'équipe soignante composée de nombreux interlocuteurs différents parfois difficilement identifiables et qui ne se présentent pas toujours.

« Elles ne se présentent pas toujours. C'est un peu déroutant. Elles savent que vous êtes la maman, mais nous on ne sait pas ce qu'elles font. »

Cette multiplicité des intervenants remet par conséquent en cause la cohérence du discours tenu aux nouvelles accouchées. Il apparaît ainsi moins facile pour la patiente d'établir une relation de confiance et de communication, des liens personnels et privilégiés avec des professionnels centrés sur une tâche précise et présents ponctuellement.

« Elles font les mêmes études et elles donnent pas les mêmes conseils. Une va dire: "tirez le lait", l'autre non. C'est décevant. Du coup, on est perdu et on fait comme on sent et comme on peut. »

Ce reproche concernant des informations discordantes a été essentiellement rapporté en ce qui concerne l'alimentation de l'enfant et notamment l'allaitement maternel. En effet, parmi les 17 mères qui allaitaient, six ont exprimé un sentiment de solitude face à ce mode d'alimentation.

« Je suis perdue. Que ce soit dans les bouquins, sur internet ou ici, tout est différent. Je ne pensais pas qu'allaiter son enfant était si dur. Je croyais que ça venait tout seul. »

Aussi bien que la prise en charge prend un effet découpé, morcelé du fait des interventions multiples et réalisées par différents professionnels difficilement identifiés et des informations parfois discordantes. [28]

Cette fragmentation de la prise en charge a été notamment soulignée par les jeunes accouchées concernant l'accompagnement de leur enfant auprès d'elles.

→ **Difficultés relationnelles:**

Quelques patientes ont fait ressortir un manque d'écoute à leur égard, ce qui ne leur a pas permis d'échanger avec les soignants. Elles attribuent ce fait à un manque de disponibilité, de proximité, d'investissement ou encore de motivation.

« Un sourire dès le matin n'a jamais tué personne [...] certaines ont dû oublier le côté humain de leur profession [...] ça n'encourage pas à se confier ni à être aimable en retour. »

Par ailleurs, d'autres ont revendiqué davantage d'autonomie et ont regretté de ne pas avoir été aussi « agissantes » qu'elles l'auraient souhaité. Certaines ont attribué ce constat à un manque de confiance de la part des professionnels à leur égard et se sont senties dévalorisées.

« Les sages-femmes autour de moi avaient l'air de telles pro(s) que j'ai toujours eu le sentiment que j'allais être jugée, réprimandée, voire même me ridiculiser. »

D'autres déplorent le fait que « l'accompagnement soit réalisé selon le modèle de la maladie et que la naissance ne soit pas avant tout considérée comme un événement familial ». [17]

« Comme pendant ma grossesse, je me sens comme un ventre. Mon ventre, mes seins, mon épisio vont bien, donc tout va bien. »

→ **Difficultés liées au nouveau statut de mère:**

La disponibilité des mères est également un obstacle soulevé par les accouchées participant à l'enquête. Cette disponibilité est dans un premier temps confronté à des contraintes physiques telles que la douleur et la fatigue ainsi que des contraintes psychologiques comme le baby blues. Elle est en outre entravée par des facteurs internes tels que le stress et l'inquiétude face à ce nouveau statut de maman ainsi que des facteurs externes comme le bruit ou encore les visites amicales et familiales parfois longues et trop nombreuses. En effet, la fatigue fait partie intégrante du séjour à la maternité. Elle est également engendrée par des exigences organisationnelles: réveils précoces, soins étalés sur la matinée, allées et venues fréquentes des professionnels.

« Il y a beaucoup de bruit. La première nuit, j'étais dans une chambre au dessus de la salle d'accouchement, je n'ai pas dormi. En plus, il faut ajouter le personnel ou les gens

qui viennent, les portes qui claquent, les sonnettes des autres chambres [...] le repos, c'est pour la maison. »

Enfin, la politique de santé visant actuellement à raccourcir de plus en plus la durée de séjour, la disponibilité des patientes peut par conséquent s'en trouver restreinte. Toutefois, seulement trois accouchées ont estimé leur séjour trop court.

« Pour le premier, je suis sortie trop tôt. C'était une bêtise. J'étais complètement dépassée par les événements. Là, je préfère patienter deux jours de plus. Je n'ai pas pris le risque. »

4) Impact sur la relation mère-enfant

Mon travail étant particulièrement axé sur l'accompagnement de la mère et de son nouveau-né considérés en tant qu'unité, il apparaît judicieux de pointer le fait que 12 des accouchées interrogées ont remarqué une dissociation entre leur prise en charge et celle de leur enfant. En effet, nous constatons que l'accompagnement des mères revient essentiellement aux sages-femmes et que celui des nouveau-nés est surtout assuré par les auxiliaires de puériculture ou puéricultrices.

« Quand j'ai des questions qui me concernent, je préfère que ce soit la sage-femme qui me réponde et pour le bébé, c'est plus les dames en vert, celles qui font le bain. »

De même, une maman m'a confié qu'elle ignorait que la sage-femme pouvait s'occuper des allaitements.

En plus d'accentuer les dérangements multiples et la discordance d'information, nous pouvons nous interroger sur l'influence de ce type de prise en charge sur les relations mères-enfants.

Comme le préconise Michèle GROSJEAN [9]: « Chacun de nous, quelle que soit sa fonction, doit avoir comme souci de ne pas parcelliser le soin. »

Sans pouvoir évaluer réellement un véritable retentissement sur la relation mère-enfant au cours de notre enquête, nous constatons que six mères ont éprouvé des difficultés pour faire connaissance avec leur nouveau-né.

« Les premiers jours, elle dormait et moi j'étais fatiguée. On ne s'est pas rencontré tout de suite. Ensuite, on s'est trouvé, mais c'est pas aussi évident qu'on le dit. »

« A cause de la césarienne, au début, je ne pouvais pas faire le bain. Pendant que la sage-femme s'occupait de moi, l'auxiliaire le prenait pour lui faire ses soins [...] Quand je lui ai donné son bain pour la première fois, je me suis demandé s'il savait que j'étais sa maman. »

En outre, 14 patientes mentionnent le regret que l'on ne se soit pas préoccupé davantage de leur entourage.

« A la maternité, il y a les mamans pour les sages-femmes, les bébés pour les puer [...] mais on a pas l'impression qu'il y a une famille derrière. »

C. Résultats de l'enquête face aux hypothèses de départ

D'après les propos tenus par les accouchées au cours des entretiens, nous pouvons discuter les hypothèses préalablement émises.

- Il apparaît que les patientes soient très satisfaites. Toutefois, ces dernières ont fait part de quelques constats que l'on retrouve également dans la littérature: « la prise en charge de la mère et de son bébé est dissociée [...] les intervenants sont multiples et difficilement identifiables pour les patientes, [...] l'harmonisation des discours, notamment au regard de l'accompagnement à l'allaitement est perfectible. » [15]

Anne-Marie GALLET, sage-femme, parle elle d'un « décalage entre des modes d'organisations traditionnelles (parcellisation des tâches, organisation taylorienne, standardisation d'une activité jugée prévisible) et la réalité du terrain, c'est à dire la prise en charge des malades qui nécessite, au contraire, flexibilité et capacité d'adaptation. » [24]

Ce qui signifie alors que les modalités de prise en charge peuvent être encore améliorées et confirme ainsi la première hypothèse: « les attentes des mères convergent vers un remaniement de nos pratiques professionnelles ».

- Concernant la deuxième hypothèse: «l'organisation des services de suites de couches, la disponibilité et le temps de séjour ne sont pas propices à un accompagnement unifié de la mère et de son enfant », **chacun des éléments est ressorti dans le discours des mères. Néanmoins, l'enquête à ce stade, et telle qu'elle a été réalisée, n'a pas permis d'établir un véritable lien de cause à effet.** Il semblerait par conséquent que le lien entre l'organisation des services et l'accompagnement des mères et nouveau-nés relève davantage d'une appréciation personnelle.
- Comme il l'a été décrit précédemment, un grand nombre d'accouchées ont remarqué une dissociation dans la prise en charge, attribuant l'accompagnement des mères aux sages-femmes et aides soignantes et celui de l'enfant aux puéricultrices et auxiliaires de puériculture. Parmi ces femmes, trois ont par la suite relaté des difficultés à entrer pleinement en relation avec leur enfant.

Ceci conforte de ce fait la troisième hypothèse: « la scission de l'accompagnement de l'accouchée et de son nouveau-né ne tend pas à considérer ces deux êtres comme deux entités indistinctes. La prise en charge revêt de ce fait un effet "découpé"».

Par ailleurs, Michèle GROSJEAN affirme que « dans tous les cas, il s'agira de soigner ensemble le couple mère-enfant, chaque difficulté, chaque événement de la vie touchant immédiatement l'autre ». [9]

Un article utilise même le terme d' « effets dommageables » pour désigner les conséquences de ce morcellement. [25]

Face à ces différents constats, quels moyens peut-on proposer afin de s'adapter aux besoins formulés?

II. AMELIORER LES PRESTATIONS EN MATERNITE : QUELQUES PROPOSITIONS

Michèle GROSJEAN propose de « faire de la maternité un véritable "lieu de vie" plutôt qu'un service hospitalier, un lieu où les femmes se sentent libres et responsables de leur enfant, tout en se sentant soutenues et en sécurité, un lieu aussi dont le reste de la famille ne se sente pas exclu, de telle sorte que la naissance et ce qui l'entoure retrouvent l'aspect chaleureux et convivial auquel aspirent de plus en plus d'usagers ». [9]

Aussi, est-il possible de développer un concept différent d'accompagnement permettant aux nouvelles familles de vivre au mieux ces premiers jours de l'après-naissance?

A. Adapter l'accompagnement aux attentes des mères

L'idée de compléter le concept d'accompagnement déjà proposé en suites de couches aboutit à une réflexion qui s'appuie sur trois grands axes inspirés des propos recueillis lors de l'enquête, de données littéraires (**cf. annexe n° III**) mais aussi d'une expérience de prise en charge originale à laquelle j'ai pu assister. (**cf. description en annexe n° IV**)

1) Adopter une attitude référente face aux familles

Cet aspect fait en effet référence au souci de multiplicité des intervenants, à la discordance des informations et par conséquent à l'effet "découpé" que peut revêtir l'accompagnement.

➔ Un premier objectif viserait à **harmoniser les discours et les pratiques des professionnels afin d'acquérir des références sur lesquels soignants et parents pourraient s'appuyer.**

Pour cela, l'instauration de **réunions mensuelles** entre membres de l'équipe soignante présenterait un intérêt pour partager et échanger autour de méthodes de travail, d'attitudes et de discours communs retranscrits ensuite par écrit dans un document guide. L'intention serait de mettre en place un **guide d'amélioration** assurant une cohésion et une cohérence globale quant à l'accompagnement des familles.

Ce temps d'échanges et de réflexions collectives, tant sur les objectifs à se fixer que sur les moyens à mettre en œuvre concernant l'accompagnement de la mère et de son enfant comporte plusieurs visées. D'une part, ceci laisse place à un regard sur les discours et pratiques en cours. D'autre part, la mise en commun des différentes approches professionnelles et personnelles enrichit le savoir de chacun, ouvre de nouvelles perspectives et autorise à faire une synthèse des informations. Il paraît difficile de concevoir une pratique de qualité sans confrontation des renseignements détenus par chacun des acteurs de santé y compris la famille.

Afin de rendre compte de problèmes d'organisation, de discerner l'évolution de la demande des mères et de promouvoir des mesures en conséquence, ces réunions pourraient notamment s'appuyer sur l'analyse approfondie des **questionnaires de satisfaction** laissés à disposition des patientes au cours de leur séjour. Cet outil, qu'il conviendrait de retravailler ensemble à l'occasion de ces rencontres, dans le but de se positionner au plus près des usagers, peut constituer une base pour orienter les axes de changements et fournir une argumentation aux transformations de la pratique.

En vue d'analyser les différentes pratiques, d'enrichir les connaissances et dans un esprit d'amélioration permanente, il serait intéressant d'organiser des **stages inter-hospitaliers** entre membres du personnel. La confrontation des différents points de vue et façons de procéder pourrait ainsi profiter à chacun: usager et professionnels par le biais d'une observation concrète.

Somme toute, ces séances pourraient faire l'objet d'un temps de parole consacré aux difficultés rencontrées par les soignants, concernant une situation perturbante, un problème d'organisation, ou encore un différent. Ceci permettrait une écoute, une discussion et pourrait motiver d'éventuelles propositions.

➔ L'idéal serait de privilégier un suivi par un interlocuteur unique servant de repère et représentant la personne ressource pour la famille afin d'établir plus facilement une relation de confiance.

« Pendant l'accouchement, c'est plus facile de discuter avec la sage-femme parce que c'est toujours la même qui vous suit. A la maternité, chaque jour, ça change. »

Malheureusement, cette utopie s'avère difficile à réaliser en réalité. Toutefois, si le caractère unique de l'accompagnement est inenvisageable, il serait bénéfique de réfléchir à l'**association d'interlocuteurs référents** par un **travail en binôme**, ainsi qu'à la **limitation des acteurs de santé**. Un nombre restreint de professionnels référents de chaque couple mère-enfant serait en faveur d'une relation privilégiée et rassurante. Plusieurs approches peuvent être discutées.

Il serait intéressant de réfléchir à un planning de travail assurant un accompagnement par trois ou quatre personnes maximum.

Christine COURSAGET, sage-femme, décrit une expérience parisienne basée sur deux paramètres: l'amplitude horaire de 24 heures des sages-femmes et la petite taille de l'unité mère-enfant (neuf lits). Le taux de satisfaction des patientes qui fut de 100% tient aux avantages suivants: « une seule transmission par jour, une continuité des soins avec l'auxiliaire de puériculture de nuit, une meilleure connaissance du couple mère-enfant, une plus grande disponibilité de la sage-femme qui peut mieux organiser son travail, une plus grande convivialité, une meilleure qualité des soins, un service hôtelier plus souple, une bonne évaluation du comportement mère-enfant ».[20]

Il va de soi que cette perception des 24 heures n'est pas d'actualité tout comme la réduction des grands services en petites unités moins rentables. Cependant, comme le déclare l'auteur: « du point de vue professionnel, n'est ce pas satisfaisant (souvenir du travail bien fait, satisfaction professionnelle et personnelle) et n'est ce pas le minimum à offrir aux mères? »

Le travail en binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture attribue à chacun des professionnels un certain nombre de femmes et d'enfants à accompagner. Il serait donc propice d'envisager la perspective d'un suivi où chaque binôme accompagnerait la mère et les parents à faire connaissance avec leur enfant, à apprendre à vivre avec lui et à se sentir capable de la prendre en charge. Ce concept qui vise à diminuer l'effet de "parcellisation" de l'accompagnement sera détaillé en annexe par la présentation d'un

projet de prise en charge globale et concerté au CHU de Rennes. (cf. **annexes n° III et IV**)

2) Respect, écoute et confiance : les bases de l'accompagnement

Il est tout d'abord important de rappeler que ces trois notions de respect, d'écoute et de confiance dépendent avant tout de la personnalité de chacun et sont propres à chaque individu qu'il soit usager ou acteur de santé. Plusieurs suggestions peuvent faciliter et contribuer à une relation de confiance basée sur le respect et l'écoute mutuelle entre le professionnel et la famille.

➔ Dans le but de connaître d'avantage les familles, l'**entretien d'accueil** préconisé par Michèle GROSJEAN s'avère être un outil propice. [9]

Il consiste à « créer un moment privilégié de rencontre entre une personne du service (celle chargée du secteur où se trouve la patiente) dans les heures qui suivent l'arrivée de la maman dans le service ». Ce temps permettra de faire connaissance, de présenter le fonctionnement du service et ses professionnels, de verbaliser les attentes des femmes quant à leur séjour, leurs difficultés, leur vécu, leurs craintes ou interrogations. En effet, la verbalisation permet à la femme de s'exprimer et par ce biais oriente l'accompagnement aux besoins formulés et aux informations demandées.

Une connaissance plus fine des patients s'appuie également sur un principe de **coordination et de concertation entre tout le personnel soignant**. Ceci fait entre autre référence aux **transmissions écrites et orales** des informations entre les professionnels. Il convient d'organiser au moins une fois par jour un temps de transmission, d'échange et de réflexion avec tout le personnel soignant (en début d'après midi par exemple), dans le but de présenter chaque famille dans toutes ses dimensions: habitudes de vie, déroulement du séjour, difficultés actuelles... L'objectif serait d'anticiper, de coordonner et d'ajuster une démarche d'accompagnement en mettant en commun les informations et approches différentes: techniques, éducatives, relationnelles ou sociales. Les notes prises au cours de l'entretien d'accueil viendraient en outre compléter et enrichir ce temps de transmissions.

Concernant les transmissions écrites, il apparaîtrait logique de regrouper toutes les informations nécessaires à l'accompagnement de la mère et de son nouveau-né dans un **unique dossier de soins "mère-enfant"** et non les dissocier en leur attribuant chacun un support, ce qui contribue à parcelliser leur prise en charge. (cf. **annexe n° V**)

Enfin, il s'avère essentiel pour chaque professionnel de **se présenter**. Il s'agit là d'une pratique qui relève d'abord du comportement personnel de chacun.

➔ Comme l'a suggéré une accouchée lors des entretiens, des **temps de rencontres collectives entre les mères** pourraient être mis en place afin que les mamans puissent s'écouter et découvrir les bienfaits des paroles des autres. Il serait intéressant de mettre à disposition un espace confortable et convivial (une pièce prévue à cet effet) libre d'accès, non obligatoire, pour que les accouchées puissent se réunir en soirée, au calme autour d'une boisson, accompagnées ou non des pères et des nouveau-nés.

Ce moment de paroles axé sur le vécu, les moments de joie, de déception, les difficultés permettrait aux femmes de se rendre compte qu'elles ne sont pas seules et de résoudre leurs affects par elles-mêmes en en discutant avec d'autres. La sage-femme serait là pour conseiller et répondre aux questions éventuelles et ajuster l'accompagnement en fonction des dires.

Dans un même esprit, une **salle de détente** pourrait être aménagée dans l'intention de sortir de l'environnement des chambres. De plus elle pourrait servir de lieu d'accueil neutre pour les mères souhaitant des entretiens avec les professionnels. Un autre objectif serait également d'accueillir l'entourage et les visites parfois conséquentes en évitant de gêner ou fatiguer la voisine de chambre et privilégier une certaine intimité.

En vue de favoriser le repos à la maternité, il serait envisageable de **planifier des horaires de visites** différentes et adaptées à chacun tout en **imposant une limite de personnes dans les chambres**. Aménager un temps de calme est indispensable pour respecter le rythme des mères et de leur nouveau-né ainsi que pour faire connaissance avec son enfant et profiter pleinement des premiers instants.

➔ Nathalie BASSE définit la qualité de service « comme une [...] construction permanente [...], l'utilisateur auquel la prestation est destinée doit y jouer un rôle dynamique, c'est-à-dire être acteur à part entière et participer à cette construction. »[33]

En effet, il paraît essentiel que la mère, **les parents participent et soient acteurs** de leur séjour, ce qui non seulement constitue un facteur d'efficacité, mais aussi de confiance et de valorisation de soi. Il s'avère dans ce contexte nécessaire de guider les familles vers l'autonomie, de leur faire prendre conscience de leurs capacités notamment à répondre aux besoins de leurs enfants par eux-mêmes en les **incitant à proposer plutôt qu'en apportant une réponse systématique à leurs questions**: « et vous, comment pensez-vous devoir faire? »

La responsabilisation des mères et des pères s'inscrit dans le sens de la valorisation individuelle des êtres.

3) Assurer un accompagnement personnalisé, individualisé et concerté

L'après naissance s'envisage dans une perspective familiale avec la participation active des parents soutenue et accompagnée par les professionnels.

➔ Un objectif aspirerait de cette manière à prodiguer des **soins "à la demande"** en s'adaptant aux attentes, aux besoins et aux situations plutôt que d'appliquer des protocoles et soins en série.

Le déroulement de chacune des journées pourrait être ainsi planifié entre chaque couple mère-enfant et les professionnels référents afin de s'adapter aux différentes exigences et rythme de chacun, notamment en regroupant les soins. Le bain d'un nouveau-né pourra par exemple être effectué dans la soirée afin que le papa pris par son activité professionnelle ou que la fratrie disponible qu'à ce moment de la journée puissent y assister et y prendre part.

L'apport de connaissances, d'explications ou de techniques se fera en fonction des questions ou difficultés abordées ou rencontrées. Différentes possibilités pourraient

être alors proposées aux familles, les solutions qui conviennent le mieux à l'enfant, aux parents et aux soignants seront recherchées ensemble.

Michèle GROSJEAN illustre d'ailleurs cette suggestion: « on s'étonne parfois que les mères retiennent si peu de conseils qu'on leur a largement prodigués: or, tant que "son" problème n'aura pas été entendu, comment aurait-elle la disponibilité d'écouter nos conseils généraux et passe-partout? » [9]

Ceci entre dans une **démarche de soins individualisés et personnalisés**.

➔ De plus, dans le dessein de proposer un accompagnement concerté, il est capital d'être au clair avec sa fonction, ses responsabilités et celles des autres.

B. Mener un projet d'amélioration : quelles implications ?

Il convient de reconnaître que les différents critères d'insatisfaction mis en exergue au cours de cette étude ne sont pas récents et ont à ce titre déjà fait l'objet de réflexions. Toutefois, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients, l'enjeu relève pour nous praticiens d'analyser nos pratiques dans le but de les évaluer, les remettre en question, les modifier et les adapter. Cette démarche implique et responsabilise le professionnel de santé en l'engageant dans une mouvance de questionnement et renouvellement permanent.

1) Motivation et investissement

Michel VIAL, maître de conférences habilité à diriger des recherches, s'emploie à nommer celui qui sait poser les bonnes questions concernant sa propre pratique comme un « praticien réflexif ». [29]

Il ne s'agit pas là simplement de faire mieux mais de faire autrement. Cela fait partie intégrante au fait de se professionnaliser. La professionnalisation constitue dans ce sens « un processus qui évolue au fur et à mesure que la personne évolue également dans son milieu professionnel et personnel ». [29] En effet, ce point de vue implique forcément

un travail sur soi et fait appel aux notions de sens, d'objectif, de motivation et d'implication.

Pour agir, pour mener à bien un projet, il est nécessaire de permettre au professionnel de sentir l'enjeu, de donner du sens à l'action projetée. Il lui est essentiel de ressentir l'importance de ce qui se joue dans l'organisation au moment où il s'implique en lui indiquant une direction, un but.

D'autre part, établir un accompagnement s'appuyant sur le relationnel nécessite un investissement personnel qui dépasse le strict cadre professionnel et « empiète sur des ressorts personnels et des qualités d'engagement ». [29] Comme en témoigne Michèle GROSJEAN: cela « nécessite une capacité à entrer en relation avec l'autre et à ne pas se satisfaire de relations stéréotypées ». [9] Cette implication, au même titre que la motivation, va fortement influencer l'action du soignant. La motivation constitue un « état psychologique liée à une situation qui détermine la manière vive, active dont une personne fonctionne, la volonté d'adopter certains comportements ». [14] Cet état est très variable et découle de la personnalité de l'individu. Mais la motivation est également fonction du travail et de l'environnement.

Au final, travailler le processus de professionnalisation revient à travailler les valeurs.

2) Les valeurs professionnelles

La "valeur" est un terme complexe à définir puisqu'il fait référence à des notions différentes pour chacun d'entre nous. Elle s'exprime notamment dans le rapport à l'autre et détermine notre façon d'aborder la vie, nos actes et nos pensées. Au travers des valeurs professionnelles, l'individu au travail attribue un sens à ses actes. Il apparaît ainsi que nos rôles et notre positionnement en tant qu'acteur hospitalier se réfère à un certain nombre de valeurs telles que le respect de l'autre et de soi, la dignité, l'efficacité et le dynamisme, l'autonomie et la motivation, la sécurité et le bien-être ainsi que le changement et l'adaptation. [29]

Travailler, échanger sur ces valeurs permet d'élaborer, de conduire un projet d'amélioration entre autre.

3) Collaborer ensemble

La représentation d'une valeur donnée par un individu conditionne sa pratique. Ainsi, la confrontation des diverses représentations au sein d'une équipe permet la construction de toute valeur. « Chaque individu a besoin d'être reconnu et entendu sur la place et le rôle qu'il accorde à certaines valeurs dans son travail, car elles sont constitutives de ses propres valeurs de soignant. » [29]

Ce partage de valeurs est un véritable moteur au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Or, travailler en équipe, collaborer entre soignants mais aussi avec les usagers, implique un certain nombre de conditions telles que la reconnaissance et la connaissance de la personne et le respect de ses valeurs, l'engagement au sein d'objectifs, la concertation pour les décisions à prendre ainsi que le maintien d'un climat de confiance et de sécurité. Un véritable travail d'équipe suppose que chacun se sente reconnu et accepté en tant que personne et dans sa fonction. Ces valeurs communes soignantes et d'accompagnement sont à construire en permanence sur la base de réflexions collectives favorisant le « dialogue des pluralités ». [29] D'où le bénéfice de se réunir mensuellement autour d'une réflexion commune au sein de l'équipe sur les besoins et attentes des mères et des enfants (proposition développée précédemment). En outre, évoluer au sein d'un groupe de travail en identifiant les différents points de vue permet de s'enrichir humainement et de favoriser l'adhésion à un but commun dans une volonté de "réussir ensemble".

Parfois, ces valeurs professionnelles peuvent s'intégrer dans une certaine routine, des habitudes confortables et réconfortantes. Mais elles peuvent être tout autant de « puissants leviers de changements pour faire évoluer les pratiques et la connaissance propre à une profession ». [29]

Conclusion

L'attention et la considération portées à l'évènement de la naissance ont grandement augmenté depuis quelques années. Le soutien à la parentalité est devenu un axe de prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dysfonctionnements possibles de la fonction parentale. L'évolution législative a placé le patient devenu un usager au cœur des systèmes de santé.

Même si indéniablement l'évolution est en chemin, il reste toujours à faire pour accroître la qualité des prestations en vue d'améliorer le ressenti des patients, leur devoir et leur santé. Notamment en maternité, où la sage-femme se trouve au cœur d'un système complexe d'interactions mère-père-enfant, il est fondamental de concourir à la satisfaction des besoins et attentes des nouveaux parents et d'en favoriser l'ajustement pendant cette période postnatale pour l'avenir de ces familles.

Les entretiens auprès des patientes ont permis de vérifier une satisfaction majeure. Toutefois, certains critères de mécontentements concernant leur séjour en maternité ont été soulevés et démontrent qu'il convient d'adapter nos regards et de réajuster nos pratiques.

Il semble déterminant que les professionnels accompagnent ce temps de découverte familiale en permettant à chacun des protagonistes : mère, père, enfant, d'être un acteur responsable et impliqué. Pour cela, il paraît nécessaire de considérer "famille" et "nouveau-né" comme des entités indissociables.

Un objectif aspirerait à adapter un accompagnement concerté, personnalisé et individualisé aux besoins de chaque famille. C'est ainsi qu'une expérience de prise en charge "globale" mère-enfant s'est développée dans les maternités rennaises. Aussi, ne pourrait-on pas tirer profit à envisager une réflexion quant à une réorganisation d'accompagnement dans nos services de suites de couches ?

Cependant, il serait intéressant de corréliser cette étude aux attentes des professionnels. Ces derniers se sentent-ils concernés par ces besoins et se placent-ils en faveur d'une perspective de changement ?

L'enjeu des relations mère↔père↔enfant↔sage-femme prend ici tout son sens.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

[1] BOWLBY John. *Attachement et perte*. Volume 1, l'attachement.

Edition Presses Universitaires de France, 2002, 540p.

[2] DAYAN J. *Maman, pourquoi tu pleures? : Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité*.

Edition Odile Jacob, 2002, 301p.

[3] DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. *Psychopathologie de la périnatalité*.

Edition Masson, 2003, 586p.

[4] DE GASQUET B., CODACCIONIX., ROUX-SITRUK D., et al. *Bébé est là, vive maman : Les suites de couches*.

Edition Robert Jaize, 2005, 319p.

[5] DEUTSCH Hélène. *La psychologie des femmes : tome 2 : Maternité*.

Edition Presses Universitaires de France, 1987, 418p.

[6] DUGNAT Michel. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*.

Edition Erès, 2004, 161p.

[7] DUMONT B., FONSECA C., D'HAENE M. et al. *Accompagner*.

Edition Erès, Collection mille et un bébé, 63p.

- [8] FRANCOUAL C., HURAUX-RENDU C., BOUILLIE J. *Pédiatrie en maternité*.
Edition Flammarion Médecine, 2^{ème} édition, Paris, 1999, 622p.
- [9] GROSJEAN Michèle. *Mères et enfants à la maternité : apprendre à vivre ensemble*.
Edition Centurion, 1988, 105p.
- [10] KNIBIEHLER Yvonne. *La révolution maternelle, femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*.
Edition Perrin, Paris, 1997, 370p.
- [11] LAUGIER J., ROZE J-C., SIMEONI U., SALIBA E. *Soins aux nouveau-nés, avant, pendant et après la naissance*.
2^{ème} édition Masson, Paris, 2006, 839p.
- [12] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J. *Précis d'obstétrique*.
Edition Masson, 6^{ème} édition, Paris, 2001, 597p.
- [13] PACOUD Ginette. *Organiser des soins de qualité en maternité*.
Edition Arnett, Paris, 1993, 302p.

Revue et périodiques :

- [14] BERNARD Olivier. *Conduire efficacement une équipe sans recours au pouvoir*.
Les dossiers de l'obstétrique, 2003, n° 314, pp. 10-12.
- [15] BERTEVAS Catherine. *Prise en charge globale en maternité : définition et principes de mise en place*.
Profession Sage-Femme, 2003, N° 133, pp. 24-29.

[16] BOUDUI Nelly. *Suites de couches, le temps d'une génération.*

Les dossiers de l'obstétrique, 1995, n° 234, pp. 26-28.

[17] BUISSON J., COLOMB A., FARGE M. et al. *Comment en pratique mesurer la satisfaction des patientes des services d'obstétrique ?*

La revue de la sage-femme, 2003, n° 2, pp. 204-217.

[18] CODACCIONI X., VANDERSTICHELE S., ROUMILHAC M. *Le gynécologue-accoucheur et l'investissement en suites de couches : l'hospitalisation en suites de couches.*

Annales Médicales de Nancy et de Lorraine, 2000, vol. 39, n°3, pp. 177-183.

[19] COMITE NATIONAL DE L'ENFANCE. *Séjour en maternité.*

Journal de pédiatrie et de puériculture, 2000, vol. 13, n°6, pp. 375-378.

[20] COURSAGET Christine. *Bilan d'une expérience originale en suites de couches.*

Les dossiers de l'obstétrique, 2000, n°285, pp. 10-11.

[21] DARCHIS Elisabeth. *L'établissement du lien mère-bébé (J1-J6) et ses aléas.*

Les dossiers de l'obstétrique, 2002, n°302, pp. 24-29.

[22] DEMEESTER Anne. *Evaluation des pratiques professionnelles en maternité.*

Les dossiers de l'obstétrique, 2007, n°366, pp. 5-7.

[23] GALLEY Fabienne. *Les suites de couches : quelles missions pour quels objectifs ?*

Les dossiers de l'obstétrique, 2003, n°318, pp. 6-9.

[24] GALLET A.M., DAVID C. *La place du malade dans la prestation de soins.*

Gestion Hospitalière, 1997, n°368, pp. 485-488.

[25] HAMMANI Farida. *Accompagnement global et conscient de la maternité et prévention.*

Les dossiers de l'obstétrique, 1997, n°246, pp. 15-17.

[26] MAUROY M.C. *La naissance des liens parents-enfants.*

Génération ONE, 1995, n° 15, pp. 10-12

[27] MENOUE I., VIGOUROUX M. *La prise en charge de la mère et du bébé à la maternité, oui... mais après ?*

Vocation Sage-Femme, 2007, n°52, pp. 7-13.

[28] SIBERTIN-BLANC D., ROMESTAING D., ROTHENBURGER S. *La crise de la parentalité dans une unité de suites de couches.*

Annales Médicales de Lorraine, 2000, vol. 39, n°3, pp. 214-220.

[29] VIAL Michel. *Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser ?*

Soins Cadres, 2005, n°53, pp. 27-30.

Sites Internet :

[30] *Accompagner : la belle histoire* [en ligne], BONICEL Marie-Françoise.

Disponible sur : <http://www.pedagopsy.eu/> (consulté le 1/06/2007)

[31] *Approche thématique, rubrique parentalité : historique du concept* [en ligne], DELECOURT Delphine.

Disponible sur: <http://www.cyes.info> (consulté le 30/05/2007)

[32] *Essai de conceptualisation du terme Parentalité* [en ligne], DELECOURT Delphine.

Disponible sur: <http://www.cyes.info> (consulté le 30/05/2007)

[33] *La satisfaction des patients lors de la prise en charge dans les établissements de santé* [en ligne], Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), revue de la littérature médicale, septembre 1996.

Disponible sur : <http://www.ufcv.org> (consulté le 22/12/2008)

[34] *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* [en ligne], Agence de la Santé Publique du Canada.

Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca> (consulté le 12/04/2007)

[35] *Parentalité et structures familiales* [en ligne], ROUSSEAU Daniel.

Disponible sur : <http://www.med.univ-angers.fr> (consulté le 30/05/2007)

[36] *Recommandation Rec. (2006) 19 : comité des ministres aux états membres relative aux politiques visant à soutenir la parentalité positive* [en ligne], Conseil de l'Europe.

Disponible sur <http://www.coe.int> (consulté le 30/05/2007)

Textes législatifs :

[37] CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

[38] Décrets de périnatalité n°98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Journal Officiel n°235 du 10 octobre 1998.

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22/01/2007)

[39] Décret 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Disponible sur : <http://www.anaes.fr> (consulté le 20/01/2007)

[40] Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité. Janvier 1994, p.255

[41] Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière.

Journal Officiel n°179 du 2 août 1991

[42] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Journal Officiel n°5' du 5 mars 2002

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 22/01/2007)

[43] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Journal Officiel du 25 avril 1996

[44] Ordre National des Sages-Femmes [en ligne]

Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> (consulté le 20/01/2007)

[45] Plan de périnatalité 2005-2007. Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. Novembre 2004, pp. 1

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr> (consulté le 22/01/2007)

[46] Volet périnatalité. Gynécologie-Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale. ARH Lorraine. SROS III, mars 2006

Autres documents (vus-entendus-lus) :

[47] ROUVRAIS Nadine. *Prise en charge concertée en maternité.*

Documents remis par Madame Rouvrais en 2007

La prise en charge globale des couples mère-enfant en suites de couches

Mémoire présenté et soutenu par DURET PLESSE Catherine. Promotion 2006- 2007.

Ecole de cadres sages-femmes. Dijon.

Pour le retour à la maison... Comment optimiser l'accompagnement du couple mère-enfant en suites de couches ?

Mémoire présenté et soutenu par Simon Ophélie. Promotion 1998-2002. Ecole de sage-femme de Metz.

LES ANNEXES

ANNEXE I :

Guide d'entretien auprès des accouchées

MORISOT Aude
Elève Sage-Femme
Deuxième année de deuxième phase

GRILLE D'ENTRETIEN

I. MODALITES D'ENTRETIEN

N°

Date : Jour de sortie : Durée : Lieu :

Enregistrement : oui non

Difficultés rencontrées :

II. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1) *Quel est votre âge ?*

< 20 ans $20 \leq \text{âge} < 25$ $25 \leq \text{âge} < 30$
 $30 \leq \text{âge} < 35$ ≥ 35 ans

2) *Quelle est votre situation familiale ?*

Célibataire Vit en couple Mariée Divorcée

3) *Exercez-vous une profession ?*

oui : laquelle ? _____ non

4) *Combien avez-vous d'enfants (en comptant celui-ci) ?*

III. LA GROSSESSE

1) *Comment s'est déroulée votre grossesse ?*

2) *Comment l'avez-vous vécu ?*

IV. L'ACCOUCHEMENT

1) *Comment s'est déroulé votre accouchement ?*

2) *Qu'avez-vous ressenti après la naissance de votre enfant ?*

3) *Allaitiez-vous votre enfant ?*

V. APPRECIATION DU SEJOUR A LA MATERNITE

A. Le vécu

1) *A la veille de votre sortie, comment vous sentez-vous ?*

2) *Quelles difficultés avez-vous rencontrées pendant votre séjour ?*

3) *Quelles ont été vos interrogations ?*

→ *Y a-t-on répondu de manière satisfaisante ?*

B. L'accompagnement

❖ *Pluridisciplinarité*

4) *Lors de la visite quotidienne de la sage-femme, quels sujets abordiez-vous ?*

5) *Qu'attendiez-vous de la prise en charge de la sage-femme vis-à-vis de vous-même et de votre enfant ?*

6) *Avez-vous ressenti le besoin d'être écoutée ?*

→ *Si tel est le cas, l'avez-vous été ?*

7) *Vous êtes-vous senti valorisée dans vos capacités à prendre en charge votre enfant ?*

8) *A-t-on prêté attention aux préoccupations de votre conjoint ?*

Et de vos autres enfants ?

❖ *Multiplicité des intervenants ; multiplicité des informations*

9) *Combien de professionnels travaillant dans ce service avez-vous vu aujourd'hui ?*

10) *Avez-vous pu identifier les différentes fonctions des personnes qui exercent au sein de ce service ?*

11) *Vous est-il arrivé pour une même demande, d'obtenir des informations différentes de la part de ces professionnels ?*

→ *Si oui : Par rapport à quel sujet ? Comment le vivez-vous ?*

❖ *Disponibilité*

12) *Que pensez-vous de la disponibilité du personnel pour être à votre écoute ?*

13) *En tenant compte de la fatigue, des visites et de votre temps de séjour ; avez-vous pu profiter de votre hospitalisation ?*

❖ *Temps de séjour*

14) *Que pensez-vous de votre temps de séjour à la maternité ?*

15) *Vous sentez-vous prête à rentrer chez-vous ?*

16) *Quelle serait pour vous la durée de séjour idéale ?*

- ❖ Unification/Fragmentation de la prise en charge du couple mère-enfant

17) *Comment se sont déroulées vos premières rencontres avec votre bébé ?*

18) *Avez-vous ressenti le besoin d'être accompagnée pour faire connaissance avec votre enfant ?*

→ Si oui : *Qui a répondu à ce besoin ?*

19) *À quels professionnels vous adressez-vous pour des questions qui vous concernent ? Et pour celles qui concernent votre enfant ? Pourquoi ?*

20) *Trouvez-vous que l'on vous a accompagné vous et votre bébé comme un ensemble ; ou que l'on s'est occupé d'une part de vous en tant qu'accouchée et de l'autre de votre enfant ?*

C. Satisfaction et propositions

21) *Enfin, comment qualifieriez-vous votre séjour à la maternité ?*

22) *En êtes vous satisfaite ?*

23) *Que proposeriez-vous pour améliorer l'accompagnement en suites de couches ?*

ANNEXE II :

Guide d'entretien auprès des sages-femmes cadres

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DES SAGES-FEMMES CADRES

Question générale : « Comment s'organise votre service de suites de couches ? »

➤ Niveau :

- Quel est le niveau de votre maternité ?
- Combien de naissances la maternité couvre-t-elle ?

➤ Locaux :

- Combien de lits votre service compte-t-il ?
- Est-il divisé en différents secteurs ?

➤ Les professionnels :

- Quels professionnels exercent au sein de ce service ?
- Quels en sont les effectifs en équivalent temps plein? (Sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes, agents des services hospitaliers...)
- Votre service participe-t-il à la formation des étudiants ?
- Combien de professionnels différents les mamans peuvent-elles rencontrer sur douze heures ?

➤ L'entité familiale :

- Pouvez-vous me parler des visites : à qui sont-elles autorisées ? à quels moments ? sont-elles limitées ?
- Les pères et les fratries ont-ils "libre accès" au service ?
- Sont-ils autorisés à participer aux soins du nouveau-né tel que le bain ?

➤ Les pratiques professionnelles :

- De quelle façon les divers professionnels se répartissent le suivi de la mère et du nouveau-né au cours d'une journée ?
- Qui assure la prise en charge de l'accouchée ?
- Qui assure la prise en charge du nouveau-né ?
- Qui accompagne préférentiellement et habituellement les prestations suivantes :
 - Le bain ? (à quel moment de la journée ?)
 - Le change et soin du cordon ?
 - L'administration de médicaments tels que la vitamine D ou K1 ?
 - La surveillance de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre ?
 - Les prélèvements sanguins tels que les guthries ?
 - Le suivi de l'allaitement maternel ou artificiel ?
- Qui assure la visite avec le pédiatre ?
- Les parents peuvent-ils participer à cette visite ?

→ Y a-t-il une séparation des tâches : d'un côté les bébés et de l'autre les mamans ? Autrement dit, leur prise en charge est-elle dissociée ?

➤ La communication :

- Pouvez-vous me parler des transmissions orales ?
 - Combien y en a-t-il ?
 - Qui y participe ?
 - Combien de temps durent-elles en général ?
 - Que prennent-elles en compte ? Qu'y évoque-t-on ?

→ Existe-t-il des temps de transmissions communes mères-enfants ?

- De la même façon, existe-t-il des dossiers de soins communs mères-enfants ?
- Existe-t-il un staff quotidien auquel assiste le personnel des suites de couches ?

ANNEXE III :

Article présentant un exemple de prise en charge globale
mère/enfant en maternité expérimenté au CHU de Rennes

ANNEXE IV :

Description du principe de prise en charge des accouchées et de leurs nouveau-nés observé lors d'une journée en suites de couches au CHU de Rennes

CONCEPT DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES COUPLES MERE-ENFANT OBSERVE AU CHU DE RENNES

Suite à la lecture d'un article relatant une « expérience rennaise de prise en charge globale mère/enfant en maternité » (cf. **annexe n° III**), j'ai eu l'occasion d'observer ce type d'accompagnement lors d'un stage réalisé successivement à l'hôtel Dieu puis à l'hôpital Sud du CHU de Rennes.

Cependant, en vue du nombre important d'élèves présents, je n'ai pu assister qu'à une seule journée en suites de couches, le reste de la formation s'étant déroulé en salle de naissances.

Bien que l'expérience fut courte, la rencontre de nombreux acteurs participant et à l'origine du projet a permis d'étayer mon travail.

1) Concept du projet

Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, et dans une démarche de projet d'amélioration des prestations, naît l'idée de développer un concept différent de prise en charge. Les services maternités du pôle femme/enfant vont alors centrer leur activité autour d'une prise en charge globale et individualisée des couples mère-enfant et même parent-enfant visant un accompagnement adapté et favorable à l'élaboration des liens familiaux.

Ce nouveau concept s'appuie sur trois dimensions essentielles:

- ➔ La définition d'une nouvelle profession de soignant: l'AME (Auxiliaire Mère Enfant). Les aides soignantes effectuent une formation complémentaire d'auxiliaire de puériculture et les auxiliaires une formation complémentaire d'aides soignantes dans le but de conjuguer la double compétence: aides soignantes/auxiliaires de

puériculture. L'AME représente ainsi un professionnel formé à l'accompagnement des mères et des bébés. Elle est l'« acteur à proximité de chaque patiente. » Elle travaille en collaboration avec la sage-femme qui en a la responsabilité.

- ➔ Une prise en charge « individualisée » pour chaque couple mère-enfant avec pour objectifs:
 - la sécurisation par un nombre de professionnels restreint.
 - L'intimité par une meilleure connaissance et prise en compte des familles.
 - la responsabilisation incitant à l'autonomie.
 - l' "aide à la parentalité".

- ➔ Le travail en binôme sage-femme/AME qui devient l'unité, l'intervenant responsable de l'accompagnement des parents et de leur enfant

2) Mise en place du projet

Après un an de réflexion et de travail en amont, l'expérimentation débute en 2003 sur une unité pilote à l'hôtel Dieu comprenant 25 lits et berceaux. En vue des résultats encourageants, elle s'est ensuite étendue à un second service de suites de couches à l'hôpital Sud en 2004 avec des professionnels volontaires et motivés.

L'équipe est constituée de professionnels des deux sites. L'effectif défini pour la prise en charge est de cinq AME le matin et cinq le soir, deux sages-femmes sur 12 heures le jour et un agent d'office. Chaque AME a en charge cinq mamans et cinq enfants, chaque sage-femme a la responsabilité de 12 mamans et de leur bébé. Un agent de service assure l'intendance et le nettoyage des parties communes.

3) Une journée en suites de couches

Parmi ce que j'ai pu observer et ce qui m'a été rapporté, voici les éléments spécifiques de la prise en charge proposée.

L'étalement des services s'agence sur la journée entière. Les activités comme les toilettes et les soins du nouveau-né, les soins des mères, les informations et conseils donnés, les nettoyages des chambres et réfections des lits ne sont plus effectués en fonction d'un horaire mais à des moments différents sur un mode choisi en fonction des besoins des familles. « Le fonctionnement s'appuie sur le binôme sage-femme/AME référent de chaque couple mère-enfant. »

En début de journée, l'AME organise avec chaque mère le déroulement de la journée en fonction des attentes exprimées ou repérées. Ce qui lui permet par la suite d'aménager ses activités en fonction du projet défini en collaboration avec la sage-femme pour la journée: soins du bébé, soins à la maman, accueil des familles, intégration de la fratrie et prestations hôtelières.

La sage-femme impulse les orientations et aide les AME à déterminer l'accompagnement approprié à la relation de chaque parent-enfant. Des réunions ont lieu quotidiennement entre 13 et 14 heures dans le but de relayer et rapprocher les projets individualisés des patients entre les équipes soignantes.

Les visites sont autorisées tout au long de la journée, les horaires de sortie peuvent se faire tout au long de la journée et la durée du séjour est variable et fixée entre le binôme sage-femme/AME et les familles.

De cette façon, j'ai pu assister à un bain effectué par la sage-femme en fin de garde pour que le papa puisse y participer après son retour du travail. Ou encore, une grande sœur a pu venir assister à une tétée en début de matinée avant de se rendre à l'école, ses parents craignant que ce moment soit source de jalousie et souhaitant par conséquent être accompagnés au cours de cette étape.

4) Evaluation du projet

Une première évaluation après six mois d'expérimentation s'est avérée extrêmement positive et encourageante. Après trois ans de fonctionnement, la satisfaction des usagers ainsi que des professionnels sur la prise en charge globale et l'impact sur les relations parent-enfant sont mis en exergue par différents constats:

- ➔ les professionnels investissent le secteur de l'après naissance avec un intérêt majoré du fait d'une modification de la communication inter professionnelle et d'un travail en équipe d'une part et d'un changement de la relation soignant/soigné d'autre part, qui met en valeur les aptitudes et compétences individuelles.
- ➔ les parents se sentent guidés, soutenus, responsabilisés et reconnus dans leur nouveau statut. En plus d'intégrer plus facilement les informations, ils développent la capacité à se projeter dans le retour à la maison.

Cependant, quelques points faibles peuvent être soulevés:

- ➔ Sur un plan technique, il est nécessaire d'adapter les moyens: effectifs, matériel et aménagement des locaux.
- ➔ Les visites étalées sur la journée peuvent s'avérer contraignantes et fatigantes.
- ➔ Le relais des AME: cinq le matin, cinq l'après midi n'est pas dans l'optique du projet qui vise à limiter et à référencer les intervenants. Ne serait-il pas bénéfique de privilégier leurs interventions sur une durée de 12 heures au même titre que les sages-femmes?
- ➔ Le rôle de supervision des AME et de coordination des activités auprès des familles prêtés à la sage-femme peut engendrer une certaine frustration dans le sens où il s'avère moins "agissant".

Au terme d'une journée passée au sein d'une telle unité, il m'est alors venu une interrogation: « ne serait-il pas intéressant d'expérimenter et d'évaluer cette démarche au sein d'un de nos secteurs de suites de couches? Quels en seraient les retentissements? »

ANNEXE V :

Exemples de supports de transmissions communes " mère-enfant"
utilisés au CHU de Rennes

RESUME

L'intention de la politique de santé actuelle se porte sur l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients. En maternité, les sages-femmes accompagnent les nouvelles familles au cours des premiers jours qui suivent la naissance d'un enfant notamment dans l'élaboration du lien de parenté. L'intérêt est donc de placer au centre des préoccupations et de la prise en charge les bénéficiaires directes de la prestations : la triade père-mère-bébé.

Interpellée par certains propos dévalorisants les services de maternité, j'ai souhaité m'appuyer sur la satisfaction et les attentes des utilisateurs identifiés ici comme la mère et l'enfant afin d'évaluer les bienfaits d'un concept différent d'accompagnement en maternité.

Pour cela, j'ai mené une étude qualitative au moyen d'entretiens auprès de nouvelles accouchées la veille de leur sortie dans quatre maternités respectives.

L'analyse de l'enquête a démontré une grande satisfaction des patientes. Toutefois certaines attentes et mécontentements formulés témoignent du fait que les modalités de dispensation des soins peuvent être encore améliorées.

Bien qu'il n'existe pas d'idéal, il semble primordial d'engager une réflexion collective pour perfectionner nos pratiques et proposer un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins où chacun collabore et est acteur, responsable de sa santé et de celle de son enfant.