



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne

de Metz

Préparation à la sortie de maternité

Retour à domicile, retour à la réalité



Mémoire présenté et soutenu par

Béatrice POPULIN

Promotion 2006-2010

*« J'entends et j'oublie.
Je vois et je me souviens.
Je fais et j'apprends »*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée par leurs encouragements et leurs conseils, en particulier toutes les mères et le personnel qui ont participé à la réalisation de cette enquête.

Je remercie plus spécialement Madame ARCHEN, directrice de ce mémoire, pour le temps précieux qu'elle m'a consacré et pour l'intérêt qu'elle a exprimé pour le sujet.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATERNITE	8
1. LA DUREE DE SEJOUR EN MATERNITE.....	9
1.1. Évolution de la durée du séjour.....	9
1.2. Les sorties précoces.....	11
1.3. Les répercussions de la diminution des durées de séjour.....	13
1.3.1. Le point de vue médical	13
1.3.2. Le point de vue des mères.....	14
2. LA PERIODE DU POST PARTUM	17
2.1. Les complications maternelles	17
2.1.1. Les complications physiques	17
2.1.2. Les complications psychologiques.....	17
2.2. Les complications chez l'enfant.....	19
3. LES AIDES POSSIBLES A DOMICILE	21
3.1. Le réseau périnatal lorrain.....	21
3.2. Les sages-femmes libérales.....	22
3.3. La protection maternelle et infantile	24
3.4. La maternité	25
3.5. Les associations.....	25
3.5.1. Sur l'allaitement	25
3.5.2. Sur la parentalité	26
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	28
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	29
1.1. Problématique	29
1.2. Hypothèses	29
1.3. Objectifs	29
1.4. L'outil de recherche	29
1.5. Terrain et durée de l'étude	30
1.6. Population concernée	30
1.7. Difficultés rencontrées	30
1.8. Biais	31
1.9. Points forts	31
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	32
2.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	32
2.2. Le séjour en maternité – Questionnaire n°1 de sortie	33
2.3. Questionnaire n°2 à 21 jours.....	43
TROISIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS	51
1. DEMANDES ET ATTENTES PRINCIPALES DES MERES	52

1.1.	Concernant le séjour en maternité.....	52
1.2.	Concernant l'information en maternité	52
1.3.	Concernant les soins en maternité.....	55
1.4.	Concernant la préparation à la sortie de maternité.....	56
1.5.	Concernant le retour à domicile	57
1.6.	Le réseau de professionnels	57
2.	LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS.....	58
2.1.	Les bases de la communication.....	58
2.2.	La mémorisation	59
3.	L'INFORMATION PENDANT LA GROSSESSE.....	60
4.	PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE EN MATERNITE	61
4.1.	La nécessité de certaines informations à débattre	61
4.2.	Le développement de l'entretien d'accueil lors d'un allaitement maternel	62
4.3.	La création d'un service de consultation pour l'alimentation.....	62
4.4.	Des aménagements pour une période de « repos »	63
4.5.	Des séances d'informations en groupe à la maternité.....	64
4.6.	La réalisation d'une fiche contenant le vocabulaire usuel (ANNEXE 4)	64
4.7.	L'existence d'un professionnel référent.....	64
4.8.	L'instauration de transmissions communes auxiliaires puéricultrices/sages-femmes	64
4.9.	Les aménagements de l'examen de sortie.....	65
5.	PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE MATERNITE PAR RAPPORT AU RESEAU EXISTANT	66
5.1.	La création d'un dépliant	66
5.2.	L'utilisation d'autres moyens de communication.....	66
5.3.	Des séances de préparation à la parentalité réalisées par les sages-femmes libérales	66
5.4.	Un suivi soutenu et prolongé	67
5.5.	Une carte des secteurs de PMI mise à jour et coordonnées à disposition en maternité.....	67
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	69
	TABLE DES MATIERES	72
	ANNEXES.....	I

Introduction

Pour la femme, l'accouchement n'est pas un événement médical mais une étape de transition, de changements dans sa vie, qui initie le passage à la parentalité. C'est une période de fragilité. Le séjour en maternité permet d'accompagner la dyade mère-enfant et de conforter la femme dans ces capacités de mère.

Or nous avons pu observer durant nos stages que cet apprentissage n'était pas si facile. De plus, nous assistons de nos jours à une évolution de la prise en charge des patientes en suite de couche, notamment par le raccourcissement des temps de séjour. Les femmes disposent donc de moins de temps pour acquérir les « techniques » de soins qui concernent leur nouveau-né et l'assurance nécessaire pour rentrer sereinement chez elles.

Comment et dans quelle mesure les mères peuvent-elles être préparées et accompagnées afin de faciliter leur retour à domicile ?

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux des pratiques en maternité en étudiant l'évolution des durées de séjour, les nouveaux modes de sortie et l'impact de ces changements. Nous expliquerons aussi en quoi le post partum est une période de fragilité et recenserons les professionnels pouvant intervenir.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous présenterons les résultats de deux enquêtes. La première est menée auprès de patientes à la sortie du service de maternité pour évaluer l'information donnée durant le séjour et la deuxième est effectuée chez ces même patientes pour évaluer leurs demandes et besoins trois semaines après la sortie.

Enfin, la troisième partie proposera plusieurs éléments afin de préparer et d'accompagner les patientes lors de leur retour à domicile.

PREMIERE PARTIE :

État des lieux des pratiques en maternité

1. LA DUREE DE SEJOUR EN MATERNITE

1.1. Évolution de la durée du séjour

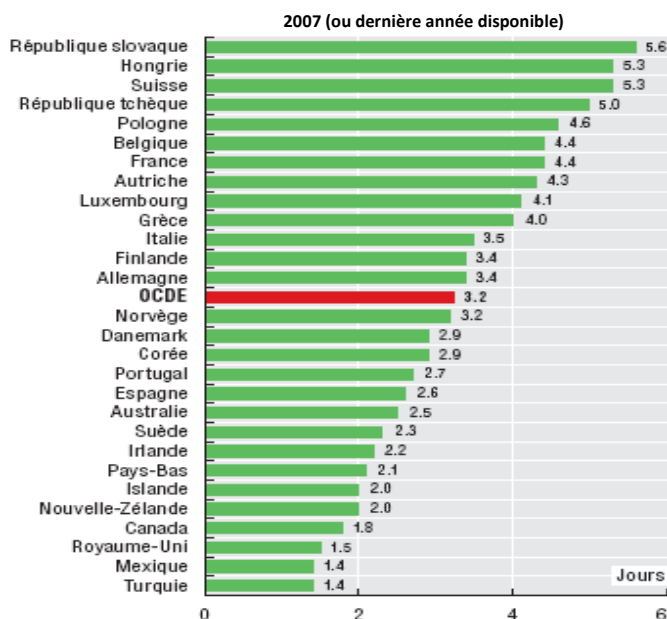
La durée moyenne de séjour (DMS) est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La durée moyenne de séjour est calculée en excluant les hospitalisations inférieures à 24h programmées [1].

Pour des raisons économiques et culturelles, la durée du séjour en maternité est très brève dans la plupart des pays en voie de développement et s'est aussi progressivement réduite dans la plupart des pays développés.

En Hollande, un tiers des naissances ont lieu à domicile. Lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité, les femmes restent hospitalisées en moyenne 8 heures en post partum. Le relais à domicile est assuré systématiquement par une « aide familiale » qui va s'occuper de la mère et de l'enfant pendant 8 jours, et par une sage-femme libérale qui assure le suivi obstétrical pendant la même durée, ou plus longtemps si nécessaire.

En Angleterre, la durée du séjour après un accouchement normal varie de 6 heures à 2 jours ; il est également possible d'accoucher à domicile. Les sages-femmes contactent les femmes résidant dans leur secteur et se rendent quotidiennement à domicile pendant les 10 jours suivant l'accouchement. Cette durée peut être prolongée en cas de complications. (Journal gynéco durée de séjour) [2]

La durée moyenne de séjour à l'hôpital suite à un accouchement normal diminue dans tous les pays de l'OCDE, même si de larges variations persistent

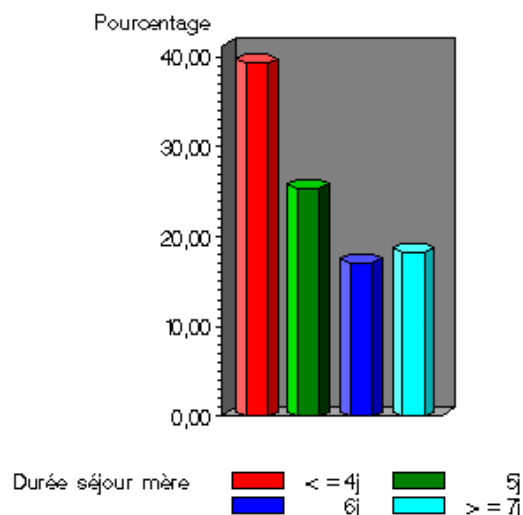


Source : Eco-Santé OCDE 2009, OCDE (<http://www.oecd.org/sante/ecosante>).

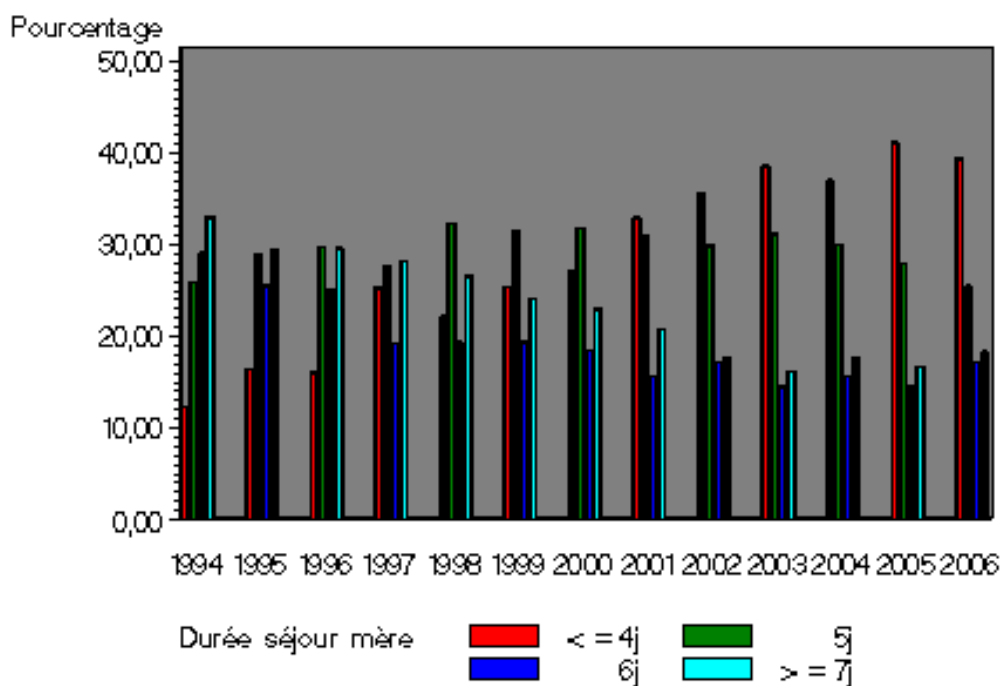
Ces durées d'hospitalisation sont largement inférieures à celle que nous pratiquons en France [3]. Le suivi à domicile, quant à lui, est systématique, ce sont d'autres professionnels qui vont accompagner les femmes, leur apprendre les soins, mettre en route l'allaitement et détecter les problèmes éventuels.

La durée moyenne de séjour en maternité lors d'un accouchement normal en France en 2006 était de 4,5 jours [4].

Durée du séjour des mères en maternité en 2006



Durée de séjour en maternité en France de 1994 à 2006



« Depuis la fin des années 1990, le retour précoce à domicile devient une évidence partagée par l'ensemble de la société pour des motifs divers :

- La saturation des maternités est le fait, d'une part, d'une hausse des naissances et d'autres part, des décrets de périnatalité de 1998 qui ont précipité la fermeture de certaines maternités, entraînant une diminution du nombre de lit d'hospitalisation de niveau I et la saturation des centres de niveau III par les transferts in-utero. La surcharge de travail qui en découle associée à la pénurie de personnel médical et soignant conduit à l'essoufflement des professionnels de maternité.

-L'émergence de mouvements «écolo» cherchant à démedicaliser la maternité fait accroître la demande d'une prise en charge «à la carte» comprenant souvent un retour rapide à la maison.

-Enfin, l'argument économique, même s'il est encore très discuté, participe largement à l'actualisation des sorties précoces. La tarification à l'activité devrait inciter vivement les chefs de service de maternité à faire sortir les accouchées à J2 afin d'accroître leurs recettes mais la concentration des soins sur un temps d'hospitalisation plus court et le surcoût de soins médicaux dispensés en ville à ces couples mère-enfant ne rend pas l'équation nécessairement en faveur de la sortie précoce. » [5].

En France, les retours précoces concernaient 7 % des séjours en 2002 contre 3 % en 1997. Ce mode de sortie était plus particulièrement mis en œuvre par des maternités de type II ou III, dans les maternités de plus de 1 500 à 2500 accouchements par an, dans les maternités urbaines et en île de France. En se basant sur les pratiques actuelles, on peut estimer la proportion de femmes pouvant en bénéficier aujourd'hui à 40 % des primipares et 55 % des multipares en cas d'accouchement par voie basse, et à 25 % des primipares et 30 % des multipares en cas de césarienne [6].

En 1999, l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes a fait la demande d'un travail par l'HAS sur les sorties précoces en France. Des recommandations ont été établies en mai 2004.

1.2. Les sorties précoces

Les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » correspondent à une sortie intervenant plus tôt que ce qui est habituel dans le service. Selon l'HAS, c'est une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne.

Il est possible de différencier en pratique des sorties hyper précoces (J0), très précoces (J1) et modérément précoces (J2). [7]

Le terme de « sorties anticipées » n'est pas clairement défini. Il est souvent utilisé pour parler des sorties précoces devant être « anticipées », préparées. Nous parleront, dans cette étude, de sortie anticipée si elle intervient à J3 (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement voie basse et à J5 pour une césarienne.

La sortie précoce ne s'adresse qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique, après avoir obtenu le consentement éclairé des parents et si les séances de préparation à la naissance et les consultations de suivi de grossesse ont pris en compte l'éventualité d'un retour précoce à domicile.

En effet, *« Une des conditions majeures du succès d'un retour précoce est de compenser le manque de temps d'apprentissage en maternité par l'échelonnement des*

acquisitions bien avant la naissance et leur poursuite à domicile. L'éducation parentale reste bien souvent incomplète dans les jours qui suivent la naissance, et la mère est généralement peu réceptive pour mémoriser des informations dans les 24 heures après l'accouchement. » [7]

Trois conditions de base doivent être respectées pour décider d'une sortie précoce de la maternité :

- 1) Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales sont satisfaisants à la date envisagée pour le départ. Les examens complémentaires opportuns ont été réalisés et leurs résultats sont connus et satisfaisants ;
- 2) La mère a une compétence et une autonomie suffisantes pour l'allaitement, les soins au bébé et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile ;
- 3) Le suivi est assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture (grade C). Ils doivent pouvoir intervenir dans des délais et selon des modalités adaptés aux différentes difficultés possibles.

De plus, il est nécessaire de fournir une information claire et non anxiogène sur les principales affections à prévenir ou à dépister précocement ainsi que les principaux signes auxquels il faut être vigilant. Un support écrit, pour étayer les échanges autour de ces informations, est parfois donné.

Il convient de s'assurer ensuite que ces informations ont été efficacement perçues par la mère et son entourage, notamment en ce qui concerne :

- les signes d'alerte pour la mère (dont : infection, hémorragie, troubles psychiques) ;
- les soins de suite de couches (périnée, césarienne) et des seins ;
- les signes d'alerte pour le nourrisson (dont : infection, ictère, déshydratation) ;
- les soins à l'enfant : soins du cordon, toilette, bain ;
- les techniques de l'alimentation (au sein ou au biberon) ;
- la surveillance du nourrisson : rythme de vie, pleurs, reconnaître quand il a faim, position de couchage, selles et urines, suivi du poids, vaccinations ;
- les conditions de vie : tabagisme passif, température ambiante, animaux domestiques, siège-auto pour nourrisson ;
- le syndrome du bébé secoué.

C'est l'équipe soignante de la maternité qui apprécie la compatibilité de l'état de santé de la mère et de l'enfant avec le retour à domicile, comme pour toute sortie de maternité (ANNEXE 1).

La qualité du relais entre les professionnels agissant à la maternité et à domicile est fondamentale dans le cadre du RPDA.

Il ne doit pas être autorisé avant que l'équipe responsable du suivi à domicile ait été prévenue, ait donné son accord et organisé le premier rendez-vous à domicile avec la mère.

Un document de liaison spécifique (carnet de maternité ou document de liaison conforme à la charte établie) comprenant les éléments utiles au suivi après retour précoce doit être remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.

La famille doit connaître dès la sortie de maternité les coordonnées téléphoniques d'un professionnel chargé du suivi à qui se référer, et celles des services assurant le relais en l'absence de celui-ci.

Il peut être assuré soit par des sages-femmes hospitalières détachées du service concerné, soit par des sages-femmes libérales, dans le cadre d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD) ou dans le cadre d'un réseau formalisé avec les services de la protection maternelle et infantile [8].

Le suivi doit être possible 7 jours sur 7. Les visites à domicile concernent la mère et l'enfant. La date de la première visite doit être fixée avant la sortie de la maternité. Elle est systématique, le lendemain en cas de sortie avant J2, et au plus tard le surlendemain pour une sortie à J2.

Les deuxième et troisième visites devraient être systématiques, et planifiées selon l'appréciation du professionnel, en accord avec la mère.

Ensuite, d'autres visites doivent pouvoir être réalisées, en fonction des besoins ressentis par la mère et des constatations du soignant.

Le(s) médecin(s) choisi(s) pour suivre ultérieurement la mère et le nourrisson doit (doivent) être prévenu(s) de la prise en charge à domicile dès qu'elle a débuté, et ce, par l'équipe de suivi à domicile. Le moment du relais est convenu entre eux et la mère. Ce doit être l'occasion de préciser qui réalisera l'examen des 8^e -10^e jours de l'enfant et de la mère, et la visite post-natale.

« La sortie précoce peut être un mode d'organisation correspondant parfaitement aux attentes de certaines accouchées, qu'il ne faut jamais imposer, ni systématiser, mais toujours organiser à l'avance. » [9]

1.3. Les répercussions de la diminution des durées de séjour

1.3.1. Le point de vue médical

Selon la SOGC (Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada) [10], l'analyse de la littérature montre que cette diminution de la durée de l'hospitalisation à la suite de l'accouchement n'indique aucun effet préjudiciable en matière de morbidité maternelle ; cependant, elle permet de constater une hausse de la mortalité et de la morbidité néonatales.

En effet, les statistiques de Santé Canada montrent que les mères renvoyées à domicile moins de 48 heures après l'accouchement sont moins susceptibles d'être réhospitalisées que celles dont l'hospitalisation se prolonge. Elles sont également moins susceptibles de connaître une dépression ou de l'anxiété et présentent les mêmes probabilités d'allaiter et de continuer à le faire à trois mois.

En ce qui concerne les nouveau-nés, on observe une augmentation de la mortalité liée aux problèmes cardiaques, aux infections et au syndrome de mort subite du nourrisson.

Deux autres études canadiennes se sont intéressées à la morbidité néonatale. Elles démontrent, de façon très nette, une augmentation du nombre de consultations aux urgences pour les nouveaux nés ayant moins de neuf jours. Le risque étant plus élevé

pour les enfants de primipares, les femmes jeunes et les femmes célibataires. De la même façon, le taux de ré hospitalisation des nouveau-nés étant sortis en moyenne à 1,66 jour était également augmenté en raison de problèmes d'alimentation.

Aux États-Unis, cette durée n'a cessé de diminuer depuis 25 ans : elle était en moyenne de 2,1 jours en 1992. La fréquence des hospitalisations de nouveau-nés après une sortie très précoce (moins de 30 heures) a amené les sociétés savantes pédiatriques et gynécologiques à recommander une durée minimale d'hospitalisation de 48 heures, suivie de visites à domicile. [2]

« L'idéal est de ne séparer à aucun moment l'enfant de sa mère et de permettre donc le retour à domicile ensemble. C'est donc la sortie du couple « mère-enfant » qui nous préoccupe. Au lieu de vouloir déterminer une date de sortie « idéale », il paraît plus satisfaisant de leur proposer, un séjour « à la carte », adapté aux désirs des parents, à leur situation socio-économique et familiale et aux conditions médicales. » [11]

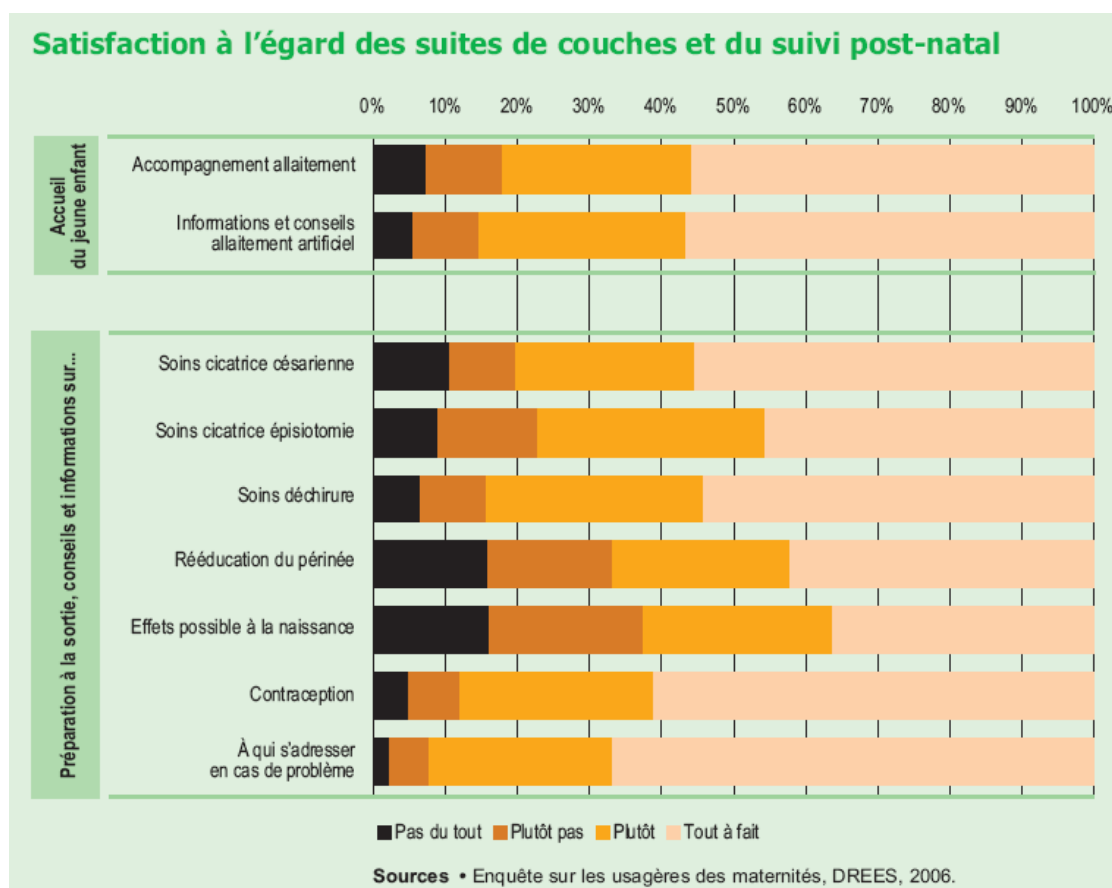
1.3.2. Le point de vue des mères

La DREES a mené une enquête auprès des « usagères des maternités » à la fin de l'année 2006 [12]. C'est-à-dire avant la concrétisation des mesures du plan de périnatalité de 2005-2007.

2656 femmes ont été interrogées sur les différentes étapes des parcours de grossesse (déclaration de grossesse, inscription à la maternité, suivi prénatal, accouchement, suites de couche et suivi post natal).

Globalement, les résultats donnent un tableau très positif de la perception qu'ont les femmes de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement (95 % se déclarent très ou plutôt satisfaites).

Cependant, l'enquête suggère que des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité. Elles sont entre 15 et 35% à être plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches.



L'enquête montre que ces reproches dans la préparation à la sortie de la maternité ne sont pas directement imputés à la durée de leur hospitalisation puisque trois quart des femmes jugent la durée du séjour en maternité adéquate. 21% des femmes la trouve même trop longue alors que seulement 7 % estiment leur sortie prématurée.

Une étude a été réalisée à la maternité de Clamart en octobre 1987 par l'ADHREN (Association D'étude et de Recherche sur l'Homme et son Environnement) pour évaluer la demande des parents. Les femmes trouvent d'une part le séjour trop bref en raison d'une fatigue importante ressentie après le retour à la maison et d'autre part trop long à cause de la fatigue et des difficultés pour se reposer à l'hôpital, du désir de retrouver le milieu familial et de la demande de la fratrie.

Depuis, certaines mesures du plan périnatalité 2005-2007 ont mises en place pour répondre à cette demande [13]. Ce plan avait pour objectifs de diminuer la mortalité maternelle et périnatale, d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, ainsi que la connaissance du secteur et de mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Il comprend quatre mesures : plus d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité. Voici quelques mesures permettant une amélioration de la préparation à la sortie de la maternité:

Plus d'humanité :

- Par la mise en place d'un « entretien individuel du 4^{ème} mois » ;
- Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ;
- Par une information complète et continue aux seins des réseaux de périnatalité, grâce au carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel et par une meilleure connaissance du parcours des usagers ;
- En favorisant l'intervention d'interprètes.

Plus de proximité :

- Par le développement des réseaux en périnatalité ;
- Par le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité ;
- Par le service de Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- Par la participation des sages-femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

Plus de sécurité :

- Par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels.

Actuellement, les différentes mesures qui ont été mises en place n'ont pas pu être évaluées. Une nouvelle enquête périnatale devait être réalisée, par l'INSERM, du 5 au 11 octobre 2009 et s'est vu reportée en raison de la Grippe A H1N1 au mois de mars 2010.

2. LA PERIODE DU POST PARTUM

La période du post-partum, aussi appelée « suites de couche », est la période allant de l'accouchement au retour de couche (première menstruation normale).

La grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des "événements physiologiques" pour une femme mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques. C'est la source à la fois d'un stress considérable et d'un plaisir immense.

De nombreuses modifications physiques vont marquer la période du post-partum. Les principales modifications sont : l'involution du corps utérin, la reconstitution du col utérin, la régression des lochies, la mise en route de l'allaitement maternel et un état physiologique d'hypercoagulabilité. Cette période est ainsi plus propice aux complications physiques et psychologiques dont voici les plus courantes [15].

2.1. Les complications maternelles

2.1.1. Les complications physiques

- Au niveau de l'allaitement

Crevasses 25% (deux premières semaines)

Engorgement mammaire 15% (2^e-3^e jour)

Mastite 5% (5^e-10^e jour parfois plus tardivement)

Abcès du sein 1% (infection bactérienne s'introduisant par une crevasse)

- Les complications hémorragiques 1% des accouchées (du 2^e au 30^e jour)

Infection puerpérale

Rétention placentaire

Inertie utérine (parfois après la délivrance ou suite à une hémorragie de la délivrance, pendant les trois premiers jours)

Retour de couches hémorragique (survenant brutalement plusieurs semaines après l'accouchement)

- Les complications infectieuses

Endométrite 3 à 5 jours après l'accouchement

Complications infectieuses liées à l'allaitement

- Les complications thromboemboliques

Thrombose veineuse profonde (souvent au cours de la 2^e semaine) entraînant une phlébite.

Phlébite pelvienne (complique une endométrite)

2.1.2. Les complications psychologiques

Grossesse et post-partum sont des moments de remaniement et de fragilité psychique. La relation de la mère avec son bébé après l'accouchement est plus ou moins

en continuité avec celle de la grossesse malgré la séparation de la naissance. Les liens mère-bébé prennent racines dans une relation de proximité, de reconnaissance et de langage dans laquelle le corps de l'enfant et de sa mère, les capacités sensorielles et motrices du nouveau-né, l'état psychique et physique maternel jouent un rôle essentiel. Une moindre possibilité du bébé à développer ses capacités et à soutenir les interactions avec sa mère, de même que l'atteinte psychique et l'histoire de la mère, peuvent entraver l'établissement des liens mère-bébé de bonne qualité et donc le développement psychique du bébé [16].

Le désir d'enfant permet, au fil des mois de la grossesse, la prise de conscience de l'existence de cet enfant et sa véritable attente. Au début, le fœtus est indistinct de la mère. Progressivement celle-ci construit des représentations imaginaires de son bébé à partir de ses rêveries, de la perception des mouvements fœtaux, mais aussi des images échographiques. Les représentations mentales qu'elle se fait sont doubles, imaginaires et conscientes d'une part, fantasmatiques et inconscientes d'autre part, car s'appuyant sur son histoire œdipienne. L'accouchement permet l'avènement de « l'enfant réel », qui sera plus ou moins différent de « l'enfant imaginaire ». Cette différence rend parfois l'établissement du lien mère-enfant plus difficile, d'autant plus si l'enfant est prématuré, possède une malformation... La mère doit d'abord faire le deuil de « l'enfant imaginaire ».

L'état psychique maternel évolue depuis les dernières semaines de la grossesse jusqu'au post-partum pour permettre l'installation de ce que Winnicott a nommé « la préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire une hypersensibilité transitoire de la mère à son nouveau-né et une attention toute particulière de celle-ci aux besoins de l'enfant. Cet état physiologique et transitoire permet d'assurer au nouveau-né un sentiment de continuité psychique et aux liens mère-bébé de s'établir, ce qui est essentiel pour le devenir psychique du bébé.

De plus, les mythes « d'enfants parfaits, de mère et de père parfaits » véhiculés par notre société (médias, contes de fées...) laissent penser que ce passage est naturel et facile. Or, la réalité est tout autre, provoquant la sensation de ne pas être à la hauteur. Les mères ont besoin d'être rassurées et de renforcer leur estime de soi, de savoir que d'autres mères connaissent les mêmes difficultés.

Les manifestations psychiatriques de la grossesse et du postpartum ne peuvent se comprendre que parce que l'événement de la maternité est à resituer dans le développement de la personnalité de la femme. L'ambivalence maternelle, les difficultés de l'accès à la fonction maternelle ainsi que la fragilité et les remaniements psychiques, riches en résonances inconscientes, et inhérents à cette période, rendent la jeune mère particulièrement vulnérable. Une maternité, qu'elle soit première ou multiple, demande des exigences adaptatives particulièrement fortes [17].

- Le Baby-blues

Après l'accouchement, environ la moitié des femmes (entre 10 et 80 % selon les études) connaissent un épisode de *baby blues*: il survient entre le deuxième et le quatrième jour après l'accouchement, dure en moyenne deux jours et dans la majorité des cas ne se prolonge pas au retour à domicile. Il peut être légèrement décalé dans le temps après une césarienne. Il associe des pleurs, une émotivité importante, le sentiment d'incompétence.

Aucun lien exclusif n'a été établi avec la déflation hormonale du post-partum. Il faut plutôt envisager une conjonction de facteurs somatiques et surtout psychologiques : « épuisement » physique de l'accouchement, sentiment d'être « vidée » narcissiquement, rencontre avec le « bébé réel » et ses besoins, deuil de « l'enfant imaginaire », prise de conscience de l'ampleur de la tâche, délaissement de la jeune accouchée au profit du nouveau né...

- La dépression post natale

La dépression post natale survient dans les deux semaines à six mois suivant la naissance et réalise un tableau de dépression typique ou masquée. La dépression post natale (DPN) est la plus fréquente des complications du post-partum. Elle survient dans environ 15% des accouchements. Elle demeure souvent méconnue, en raison de la réticence "culturelle" à envisager qu'un accouchement et l'arrivée d'un bébé ne soient pas vécus avec bonheur et le diagnostic de "fatigue", due au bébé qui pleure trop, dont le sommeil n'est pas "réglé" retardent volontiers la prise en charge.

- Les psychoses puerpérales

Il s'agit d'une pathologie psychiatrique grave, en rapport avec des troubles d'adaptation à un nouvel équilibre socio-familial et en rapport avec des troubles de l'équilibre neuroendocrinien. Dans les cas graves, il faut prévoir le sevrage et l'isolement du nouveau-né, une consultation psychiatrique est indispensable.

Des manifestations psychiques ne sont pas rares aussi chez les hommes, dans le temps de la grossesse de leur compagne et surtout au moment de l'accouchement : il peut s'agir de simples manifestations d'angoisse, parfois de sentiments passagers de dépersonnalisation, parfois enfin de véritables épisodes psychotiques aigus à évolution plus ou moins rapidement favorable [16].

2.2. Les complications chez l'enfant

La première semaine de la vie est une période cruciale durant laquelle le nouveau-né doit s'adapter à un nouvel environnement afin acquérir une autonomie de ses fonctions vitales et assurer sa croissance. C'est aussi la période durant laquelle s'effectue un bilan médical de normalité.

Si l'observation attentive du nouveau-né permet de faire précocement le diagnostic d'une grande proportion de la pathologie, elle ne peut être exhaustive. Voici différents troubles pouvant se manifester au-delà de 48 heures de vie [18]:

- Les troubles alimentaires, liés aux échecs de l'allaitement maternel avec ses conséquences psychologiques ou nutritionnelles (vomissements, déshydratation) ainsi que l'augmentation de la fragilité vis à vis de l'infection ;
- Le risque d'hyper bilirubinémie avec risque d'encéphalopathie ou d'ictère nucléaire dont la résurgence aux États-Unis constitue une vive alarme, ce thème ayant fait l'objet d'une recommandation récente de l'Académie nationale de Médecine ;
- Le risque d'infections materno-fœtale à révélation secondaire ou nosocomiales ;

- Les défaillances cardio-circulatoires dans certaines cardiopathies congénitales, dont le dépistage anténatal n'est pas exhaustif ou lors de la constitution postnatale de la coarctation de l'aorte ;
- Les troubles consécutifs à l'imprégnation médicamenteuse anté ou péri natale : enfants de mère malade traitée par antiépileptiques, neurosédatifs, enfants de mère toxicomane pouvant développer un syndrome de sevrage, ou demeurant sous l'action d'antihypertenseurs ;
- Les affections congénitales à symptomatologie discrète ou retardée ;
- Les anomalies orthopédiques : dépistage de la dysplasie de hanche, en particulier après naissance par le siège.

Avec le raccourcissement des séjours en hôpital, les parents doivent souvent assumer entièrement les soins de leur enfant alors que la mère n'a pas encore récupéré physiquement et affectivement.

Certaines complications apparaissent après quatre jours et ne sont jamais observées à la maternité. Il est donc important d'en informer les mères, de leur donner les signes devant les amener à consulter. Pour cela, il existe différents professionnels et associations pouvant intervenir après une demande de la mère ou de la maternité.

3. LES AIDES POSSIBLES A DOMICILE

Depuis l'ancien régime, les familles élargies, (ensemble de plusieurs familles conjugales vivant sous la même maison) disparaissent progressivement laissant la place aux familles conjugales (parents et enfants uniquement) voir monoparentales. La transmission du savoir familial disparaît donc avec ce changement de modèle. De ce fait, « *dans notre culture, les compétences parentales sont censées arriver avec le bébé, surtout chez la mère* » Barnett (1991). Avant la naissance, la plupart des parents ont eu peu d'occasions d'acquérir les compétences pratiques nécessaires pour s'occuper d'un nourrisson. De plus, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité insistent parfois davantage sur le travail et la naissance que sur la préparation à la condition de parent [17].

Les parents ont souvent des idées fausses sur le « comportement normal » d'un bébé. Ils se sentent donc désarmés et coupables car ils pensent ne pas répondre à ses besoins. Il est donc important de leur parler de la durée de sommeil, de la fréquence des tétés et des pleurs. Dès lors que les parents sont informés, leur angoisse et leur sentiment d'impuissance diminuent. Ils deviennent maîtres de la situation.

Une fois rentrée à domicile, différentes aides existent afin d'informer, d'accompagner et de rassurer les mères quant à leurs capacités.

3.1. Le réseau périnatal lorrain

« Le suivi et l'accompagnement des grossesses et des naissances physiologiques et le suivi en post-partum font partie de l'organisation des réseaux de santé périnataux entre les maternités et les professionnels les plus proches du domicile en fonction de la situation globale de la femme et de son nouveau-né. » [20] (ANNEXE 2)

Le Réseau Périnatal Lorrain est un acteur et promoteur en santé publique. C'est un lieu où tous les professionnels de santé en périnatalité, les institutions et les usagers peuvent débattre, innover et construire. Les professionnels du réseau s'engagent à assurer une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée [19].

Le « Centre Périnatal de Proximité » assure le suivi avant et après la naissance, mais pas les accouchements.

Cadre législatif :

- Le décret du 9 octobre 1998 organise les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale : *« tous les établissements de santé publics et privés pratiquant ces disciplines doivent adhérer à un réseau périnatal »* ;
- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité des soins, définit les réseaux de santé ;
- La circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité définit les missions.

Missions :

- Coordonner autour de chaque famille, tous les acteurs de la périnatalité dans les différents bassins de santé ;
- Réaliser une accessibilité aux différentes compétences égale en tous points de la région ;
- Offrir un accompagnement global, continu, coordonné et adapté ;
- Coordonner les niveaux de soins d'obstétrique et de néonatalogie ;
- Préserver le lien mère-enfant, notamment en prenant en compte la dimension psycho-sociale de la grossesse.



3.2. Les sages-femmes libérales

La sage-femme exerce une profession médicale à compétence professionnelle définie qui se limite à la physiologie.

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » sous réserve des dispositions des articles L4151-2, L4151-3 et 4151-4 du Code de la santé publique, et suivant les modalités fixées par le Code de déontologie des sages-femmes.[22]

Le Code de déontologie des sages-femmes définit les devoirs généraux des sages-femmes, les devoirs envers les patientes et les nouveau-nés, de confraternité et vis-à vis des membres des autres professions de santé, puis il donne les règles particulières aux différentes formes d'exercice [21]

Les textes définissant l'exercice libéral se trouvent à la sous-section 3 du Code de déontologie des sages-femmes.

Les sages-femmes libérales représentent 15,8% des sages-femmes en 2008, soit 3000 sages-femmes. Elles peuvent choisir d'avoir une activité très variée ou, au contraire, centrée sur des domaines spécifiques. Ce choix dépend d'une sensibilité personnelle mais aussi de la demande [23].

- Préparation à la naissance et rééducation périnéale.

La préparation à la naissance et à la parentalité complète le suivi médical. Les séances doivent être proposées aux femmes enceintes précocement lors des consultations prénatales. L'objectif global de ces séances est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive.

- Surveillance de grossesses pathologiques à domicile sur prescription médicale.
- Suivi des suites de couches à domicile. Ce domaine connaît un fort développement depuis quelques années. Dans ce contexte de retour précoce, les sages-femmes libérales apportent conseils et soutien aux familles, du jour de la sortie jusqu'au septième jour après l'accouchement. La sage-femme reste ensuite une interlocutrice privilégiée pour tout ce qui concerne l'allaitement, le développement staturo-pondéral du bébé, les interrogations sur son rythme, ses pleurs, les soins à lui apporter. En ce qui concerne le suivi post natal, une sage-femme libérale peut intervenir à la demande de la patiente, en continuité si elle réalise un suivi global de la grossesse ou à la demande de la maternité dans le cadre de « sorties précoces ».
- Suivi médical des grossesses normales et l'accompagnement lors de l'accouchement
- Répondre aux questions des femmes sur ce qui touche au corps féminin : contraception, sexualité, actions de prévention pour une future grossesse...
- Spécialisation : échographies obstétricales, tabacologie, acupuncture, allaitement, ostéopathie

De plus, en 2008, l'Assurance Maladie a créé, avec les sages-femmes libérales deux séances de suivi post-natal qui sont proposées en priorité aux femmes en situation de vulnérabilité (ANNEXE 3) décelée pendant la grossesse ou juste après l'accouchement. Ces séances peuvent se dérouler à partir du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. [25]

En avril 2005, l'HAS dit dans ses recommandations que « *toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et la période postnatale.[...] L'information requiert un environnement adapté. Le cadre et le climat dans lesquels les consultations prénatales sont assurées doivent permettre aux femmes de parler de problèmes qui touchent à l'intimité du couple, à la fragilité affective et a fortiori de problèmes délicats comme les violences domestiques, les abus sexuels, les maladies psychiatriques et la consommation de toxiques ou les addictions (alcool, tabac, médicaments, drogues, etc.)* » [24]

3.3. La protection maternelle et infantile

L'action du Conseil Général commence dès le plus jeune âge, avec le service de la PMI qui prépare les conditions d'une naissance heureuse et s'occupe de la santé des futures mamans et des jeunes enfants de moins de 6 ans [26-27].

Missions:

- Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;
- Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;
- La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et des assistantes maternelles ainsi que de la prévention des mauvais traitements et la prise en charge des mineurs maltraités ;
- Des actions d'aides aux familles.

Composition :

Les centres médico-sociaux sont répartis en UTAS (Unité Territoriale d'Action Sociale). Chaque UTAS comprend le service social (Assistante sociale), le service de PMI (puéricultrice et sage-femme de PMI) et un secrétariat. [28]

Le département est découpé en circonscriptions (40 à 50.000 habitants) elles-mêmes divisées en secteurs (4 à 5000).

Le service de PMI est sous la responsabilité d'un médecin inspecteur départemental et comprend des médecins, sages-femmes, puéricultrices et infirmières. Il collabore avec le service social polyvalent, le service de l'aide sociale à l'enfance, le service d'hygiène mentale, les services de santé scolaire départementaux et communaux, les hôpitaux et la médecine sociale.

Le service départemental doit disposer d'une sage-femme (pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année) et d'une puéricultrice (pour 250 enfants nés vivants) à plein temps.

La PMI doit organiser des actions médico-sociales préventives et de suivi. Elles sont réalisées à la demande ou avec l'accord des parents et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période postnatale, à la maternité ou à domicile (notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations).

La visite, assurée par une puéricultrice de PMI, a pour objet de conseiller, d'orienter les parents en fonction de leurs besoins (soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique). Cette visite peut s'articuler avec d'autres interventions à domicile (d'une sage-femme, d'un(e) psychologue, d'un(e) assistant(e) social(e), dans le cadre d'une mesure d'accompagnement social par exemple, d'un(e) auxiliaire de vie sociale ou d'un(e) technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale) [26]

Le service de PMI a également pour mission d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans et

l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle.

Elle participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être et aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Elle oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

3.4. La maternité

Les sages femmes travaillant dans les services de suites de couche proposent aux femmes d'appeler le service si elles ont des questions ou éprouvent des difficultés une fois rentrées à la maison. Le fait de savoir qu'elles peuvent avoir une professionnelle en ligne, qu'elles ont peut être rencontré durant leur séjour et ce, quelque soit l'heure rassurent beaucoup les femmes.

3.5. Les associations

Elles sont régies par la loi 1 juillet 1901, consolidée le 7 août 2009.

3.5.1. Sur l'allaitement

- Allaitement informations

Allaitement Informations est une association de mères ayant l'expérience de l'allaitement et de professionnels de santé (dont trois sont titulaires du DIU de lactation humaine). Basée dans le sillon mosellan, l'association assure plusieurs "services" afin de soutenir les couples dans leur projet d'allaitement. Elle propose une documentation sur l'allaitement via leur site, une permanence téléphonique (7j/7, de 8h à 22h), une adresse email pour envoyer des questions moins urgentes et elle organise des rencontres mensuelles avec mamans, futures mamans et l'équipe. L'association vit essentiellement des cotisations de ses membres.

Elle est membre de la COFAM, participe à la semaine mondiale pour l'allaitement maternel, au forum petite enfance à Thionville (association Émergence, association humanitaires et d'entraide et d'action sociale)... [29]

- La Leche league (ou LLL)

La Leche League est une association française pour l'allaitement maternel existant depuis 1979. Début 2009, elle était composée de 330 animatrices et de 140 stagiaires en formation. Elle est présente dans toutes les régions avec 187 antennes locales réparties sur tout le territoire.

Les animatrices bénévoles de La Leche League sont des mères bénévoles ayant allaité leur(s) enfant(s). Elles ont suivi une formation dispensée par LLL et continuent à se perfectionner par le biais de congrès et de documentation spécialisée. Sa mission consiste à répondre au téléphone ou aux messages électroniques, et à animer des réunions sur l'allaitement et le maternage.

Son financement dépend des cotisations, des dons, des bénéfices des ventes des produits de leur boutique et des subventions locales et nationales.

Elle propose également des formations aux professionnels de santé : AM-F (Allaitement Maternel-Formation), et organise des conférences internationales comme la JIA (Journée Internationale de l'Allaitement) [30].

3.5.2. Sur la parentalité

- Être parents naturellement

Association de maternage en Moselle, créé au départ par 7 mamans. Ils organisent des rencontres afin que les futurs ou jeunes parents puissent échanger et partager leurs expériences sur des thèmes tels que la naissance, l'allaitement maternel, le portage des bébés, les couches lavables, « l'éducation respectueuse »... Ils proposent aussi un forum, des ouvrages et articles [31].

- Allo parents bébé

Allo parents Bébé est le premier numéro vert d'aide et de soutien à la relation parents-bébé. C'est un service sous l'égide d'Enfance et Partage, association reconnue de bienfaisance, qui lutte pour la reconnaissance et la défense des droits de l'Enfant. Il a été créé le 8 février 2008 en s'appuyant sur l'expérience du premier numéro vert d'appel de signalement d'enfants en danger en 1988.

Il a pour mission d'écouter, de conseiller et d'orienter les futurs et jeunes parents, déstabilisés à l'arrivée d'un bébé. Il est ouvert du lundi au vendredi de 10h à 15h et de 17h à 21h.

Le site propose également des informations sur divers thèmes : l'enfant prématuré, la dépression du post-partum, le *baby blues*, le déni de grossesse... [32]

- Le café des parents

Le Café des parents est une structure de l'École des parents et Éducateurs de Moselle. L'association a pour but d'aider les parents à développer leurs capacités à assurer l'éducation de leurs enfants et adolescents et à agir dans la prévention des difficultés familiales. C'est un lieu de rencontre où sont valorisés le partage d'expérience et l'échange entre parents.

Il est ouvert du mardi au samedi de 14h à 18h [33].

- Le réseau RAFAEL

C'est le Réseau d'Accompagnement des Familles En Lorraine, un réseau de professionnels constitué pour suivre, accompagner et prendre en charge les enfants nés prématurés, de faible poids de naissance ou présentant une autre pathologie périnatale. C'est un médecin du service de néonatalogie où est hospitalisé l'enfant qui présente le réseau aux parents et leur propose d'y adhérer. Un médecin « référent » est alors choisi par les parents, permettant un suivi continu et une qualité des soins. Il peut s'agir d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, travaillant en libéral, à l'hôpital, en clinique ou dans un centre de PMI. Un calendrier des consultations est établi, chacune d'elles durent environ 45 minutes. Le suivi comprend entre 7 et 11 consultations de dépistage et 2

évaluations neuropsychologiques (de la sortie à 8 ans). La première a lieu deux mois après la sortie de néonatalogie.

Il a été créé par les professionnels de la région Lorraine qui s'occupent des nouveau-nés pour améliorer ce suivi. Il date du 1^{er} octobre 2008 et fait partie intégrante du Réseau Périnatal Lorrain [34].

DEUXIEME PARTIE :

L'étude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

La période du post-partum est une période de fragilité marquée par de nombreux bouleversements physiques, hormonaux et sociaux. Les femmes dont la grossesse a été physiologique et dont l'accouchement n'a engendré aucune complication bénéficient parfois de moins d'attention. Or cette période est une période de transition pour toutes les femmes, qu'elles soient primipare ou multipare, que sa famille et son conjoint soient présents ou qu'elles appartiennent à un milieu socio-économique favorisé ; certaines femmes se retrouvent en réelle difficulté. C'est à partir de cette observation que nous nous sommes intéressés au déroulement du séjour des mères en maternité et à la préparation au retour au domicile.

1.1. Problématique

Comment et dans quelle mesure les mères peuvent-elles être préparées et accompagnées afin de faciliter leur retour à domicile ?

1.2. Hypothèses

L'ensemble de mon étude vise à confirmer ou infirmer trois hypothèses :

- L'information délivrée en maternité est-elle suffisante et adaptée pour préparer le retour à domicile ?
- Existe-t-il une demande d'accompagnement de la part des mères dans les jours suivant la sortie de maternité ?
- Le réseau de professionnels de Metz pouvant intervenir à domicile est-il adapté à la demande des mères ?

1.3. Objectifs

- Recenser les demandes des mères
- Ajuster la prise en charge en maternité
- Proposer une prise en charge complète et adaptée à partir du réseau de professionnels existant.

1.4. L'outil de recherche

L'étude a été menée à l'aide de deux questionnaires alliant questions fermées et ouvertes, tous les deux destinés aux mères.

Le premier questionnaire, « **questionnaire de sortie** », a été pratiqué oralement après l'examen de sortie de maternité, où de nombreuses informations sont données ou répétées, juste avant le retour à domicile. Il permet d'évaluer les connaissances et les informations données aux femmes durant leur séjour dans le but de préparer la sortie et d'évaluer la satisfaction des femmes par rapport à la durée de leur séjour.

Le second, « **questionnaire à 21 jours** », est un questionnement prévu par contact téléphonique, trois semaines après l'accouchement, laissant ainsi une période d'installation et d'organisation aux mères et leur permettant de prendre du recul par rapport à leur séjour en maternité. Il est donc réalisé avant la première visite chez un pédiatre ou un généraliste, premier professionnel rencontré normalement après le séjour en maternité, afin d'éviter un biais au niveau de l'information et les oublis des difficultés rencontrées auparavant.

1.5. Terrain et durée de l'étude

La période d'étude s'est échelonnée du 21 juillet au 28 novembre 2009 sur le site de l'hôpital maternité de Metz.

1.6. Population concernée

J'ai choisi d'inclure, dans mon enquête, uniquement les primipares dont le séjour en maternité a été physiologique à la fois pour la mère et pour l'enfant, c'est à dire, les primipares sortant avec leur enfant au 3^e ou 4^e jour du post-partum.

Nous avons exclu de l'étude, les femmes ayant eu une césarienne, ayant une grossesse multiple ou ne résidant pas dans la région ; l'objectif de l'étude étant d'évaluer le réseau de professionnels existant.

Le questionnaire de sortie a été rempli par **100** femmes et **60** d'entre elles ont répondu au questionnaire à 21 jours.

1.7. Difficultés rencontrées

Chaque établissement de questionnaire, réalisé dans les conditions convenues, durait entre 30 et 45 minutes. Le premier étant fait au moment de la sortie, les parents pressés de rentrer ne prenaient pas le temps de répondre à toutes les questions. J'ai donc adapté quelques questions afin que le questionnaire puisse être rempli par les mères au fur et à mesure de leur séjour après leur en avoir expliqué le fonctionnement.

En ce qui concerne le second, les modalités ont dû également être modifiées. Durant l'appel, de nombreuses interférences coupaient l'entretien (pleurs du bébé, visites...) ou à l'inverse les femmes profitaient de cet appel pour poser des questions ce qui rendait l'entretien très long et non réalisable pour chacune d'entre elles. Pour des soucis de biais et de faisabilité, j'ai donc préféré envoyé le questionnaire par courrier avec enveloppe pré timbrée afin qu'elles puissent prendre le temps d'y répondre.

1.8. Biais

- Certaines questions mal reformulées, ont été mal interprétées. Les réponses du deuxième questionnaire sur le stress et la baisse de moral ne sont pas interprétables. De plus, si l'information était déjà connue par la mère avant le séjour en maternité, elle devait cocher la case « avant ». Or celle-ci a été peu utilisée et surement incomprise.
- Certains questionnaires à 21 jours ont été remplis après la visite chez un pédiatre, des oublis et biais peuvent donc être possible.
- Ce sont les femmes qui déterminent si l'information est comprise ou non. Cette évaluation est donc subjective.

1.9. Points forts

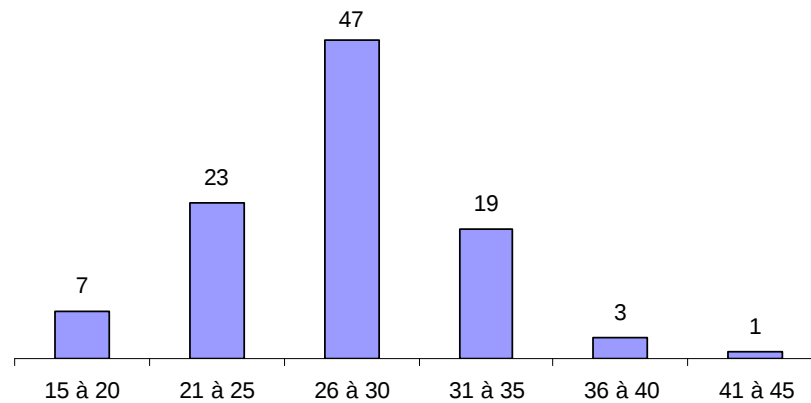
- Les questionnaires de sortie réalisés oralement ont permis des échanges intéressants, la femme allant plus loin dans ses idées et mes questions étant plus précises.
- Le questionnaire à 21 jours transmis par écrit a permis d'obtenir plus de réponses et des réponses plus détaillées.
- L'étude s'étant déroulée sur 4 mois, j'ai pu observer la disponibilité des professionnels durant les vacances scolaires et les jours fériés.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

■ Âge des patientes

Tranche d'âge de la population (fig. 1)

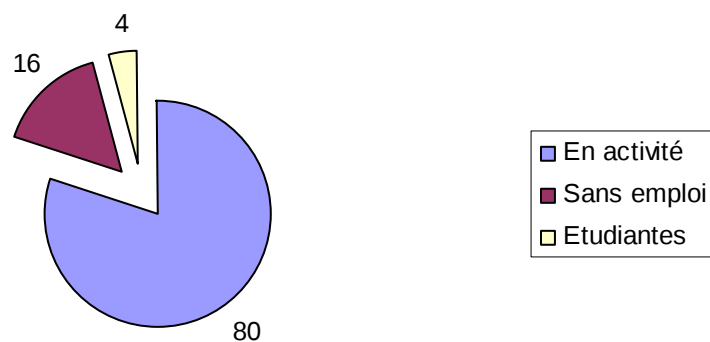


■ Nationalité des patientes

78% des femmes sont d'origine française, 21% d'origine étrangère et 1% appartiennent à l'Union Européenne hors France

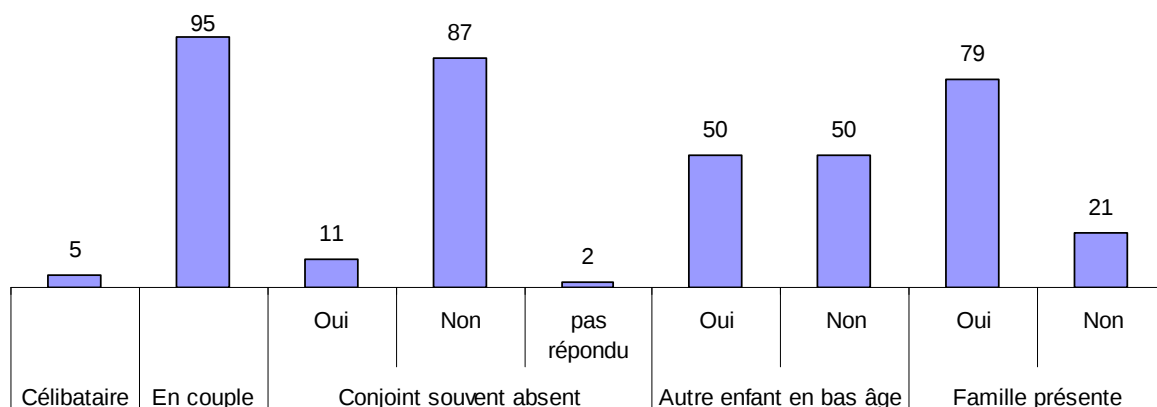
■ Situation professionnelle

Situation professionnelle (fig. 2)



■ Contexte familial

Contexte familial (fig. 3)



■ Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

80% des femmes ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité

■ Vécu de la grossesse

Comment avez-vous vécu votre grossesse ? Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant un vécu très mauvais et 10 très bon.

Les notes vont de 4 à 10 et la moyenne est de 8,28.

■ Vécu de l'accouchement

Comment avez-vous vécu votre accouchement ? Sur une échelle de 0 à 10.

Les notes vont de 0 à 10 et la moyenne est de 7,10.

2.2. Le séjour en maternité – Questionnaire n°1 de sortie

■ Durée des séjours

Les femmes sont restées en moyenne quatre jours, les séjours allant de trois à cinq jours et demi.

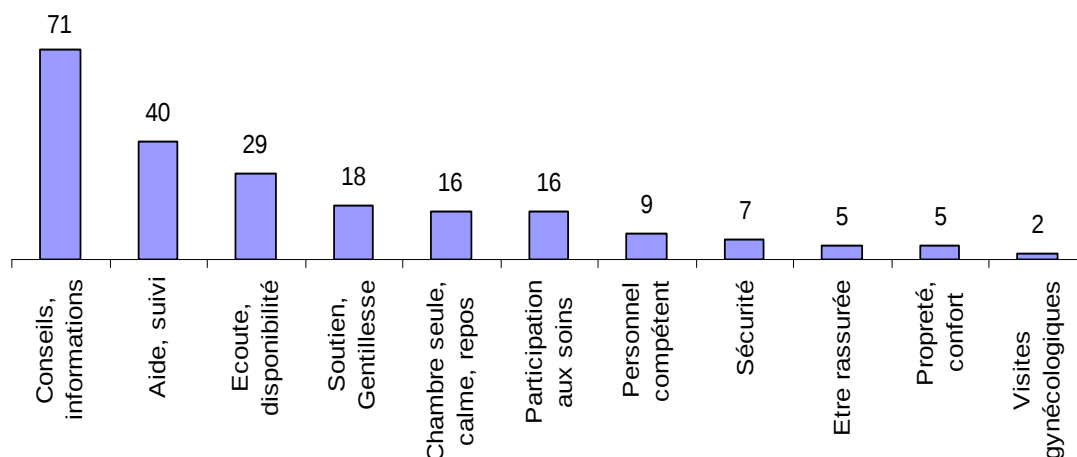
■ Satisfaction des patientes

90 % des femmes sont satisfaites de leur séjour, 4% sont moyennement satisfaites et 6% ne sont pas satisfaites du tout.

Les femmes n'étant pas entièrement satisfaites évoquent la même raison : un manque de disponibilité du personnel la nuit et parfois en journée, les week-ends et les périodes sans élèves.

■ Attentes des patientes

Quelles étaient vos attentes lors de votre séjour en maternité ? (fig. 4)



Pour 69 % des femmes, le personnel de la maternité a répondu à leurs attentes et **19% de femmes** n'étaient pas entièrement satisfaites. Les raisons évoquées sont, dans l'ordre d'importance :

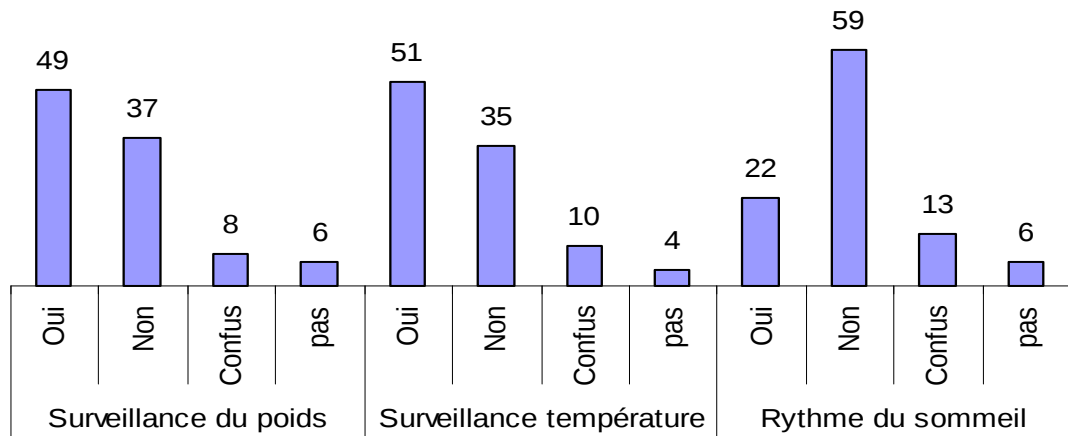
- un manque de disponibilité, un manque de personnel
- des informations insuffisantes sur l'allaitement puis sur les soins, en particulier le bain
- l'impossibilité d'avoir une chambre seule (séjour peu reposant)
- des informations contradictoires entre les professionnels

■ Les informations données, durant le séjour, concernant l'enfant

Dans cette partie, tous les chiffres étant basés sur une population de 100 personnes, ils représentent directement le pourcentage.

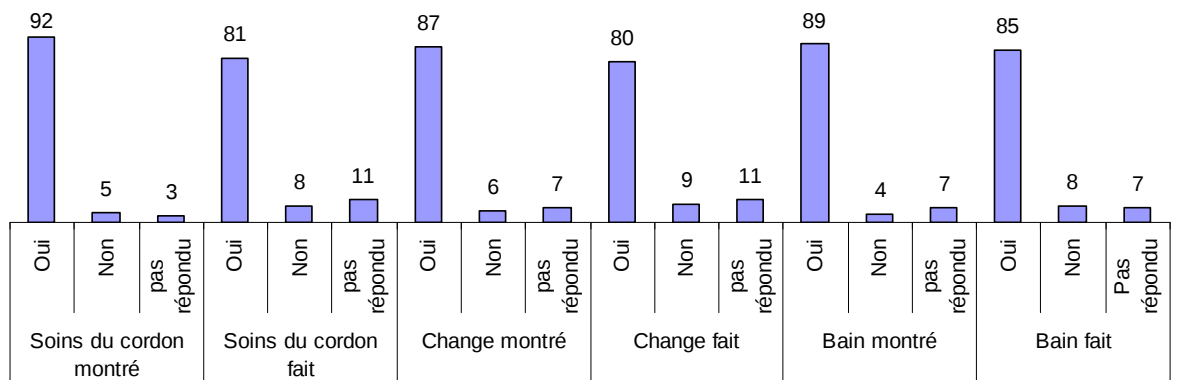
● *La surveillance*

**Durant votre séjour,
Vous a-t-on parlé de la surveillance du bébé à domicile ?
(fig. 5)**



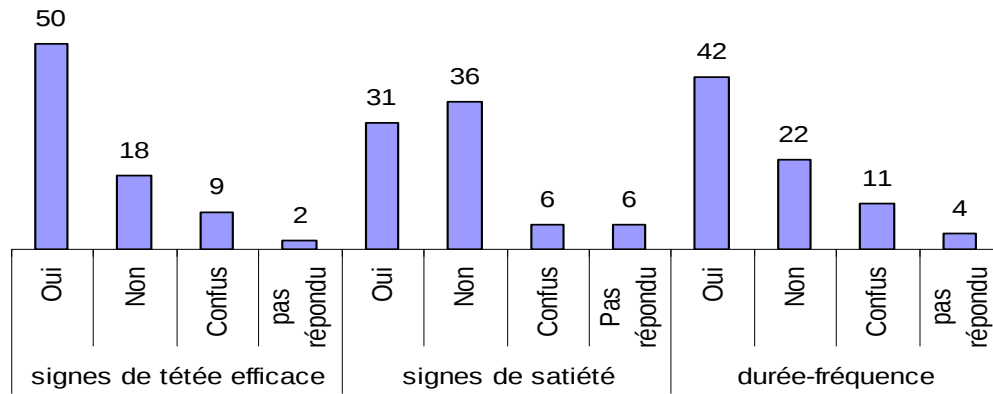
● *Les soins*

**Durant votre séjour,
Vous a-t-on montré et avez-vous fait les soins concernant le bébé ?
(fig. 6)**

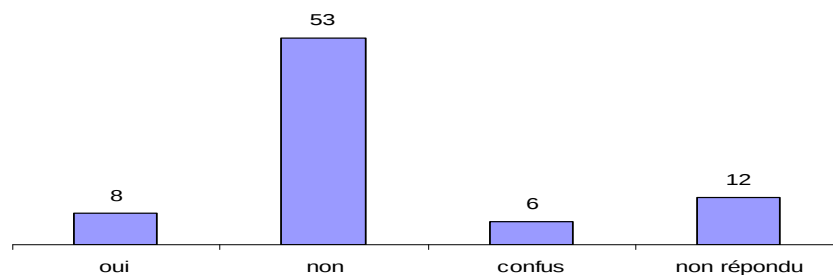


● *L'allaitement* (79 femmes)

**Si vous allaitez,
vous a-t-on parlé pendant le séjour de :**
(fig. 7)

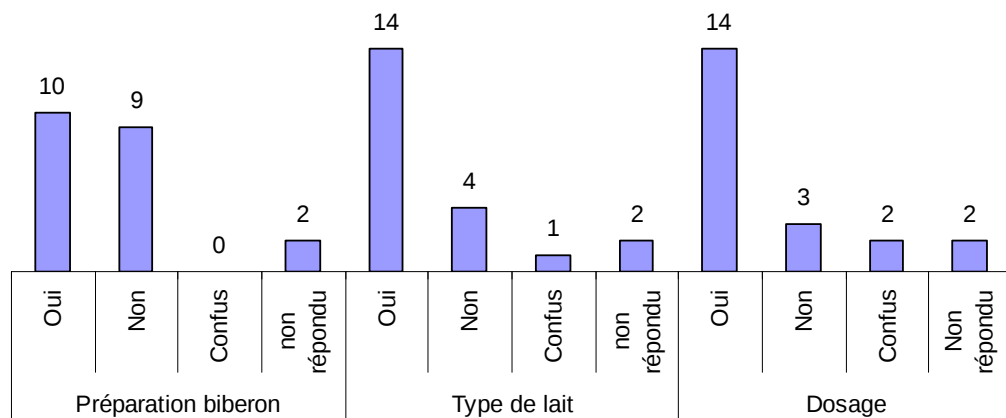


Vous a-t-on parlé du sevrage ?
(fig. 8)



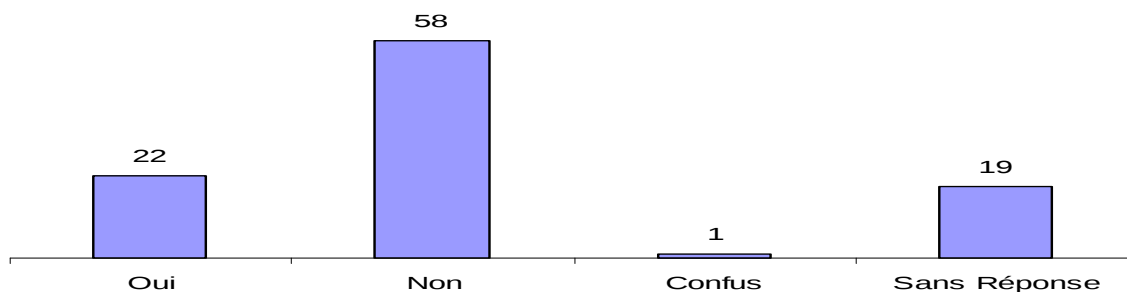
● *L'allaitement artificiel* (21 femmes)

**Si vous lui donnez le biberon,
Vous a-t-on parlé pendant votre séjour de :**
(fig. 9)



- *Stérilisation, lavage du matériel*

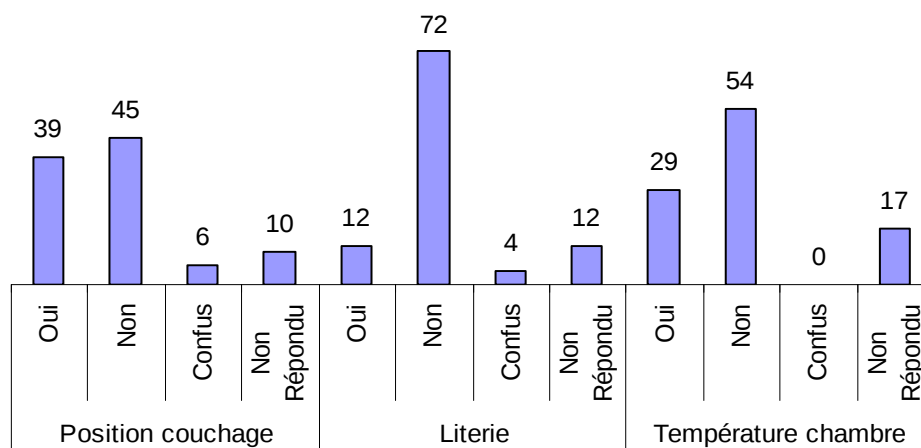
**Pendant votre séjour,
Vous a-t-on parlé de la stérilisation ?
(fig. 10)**



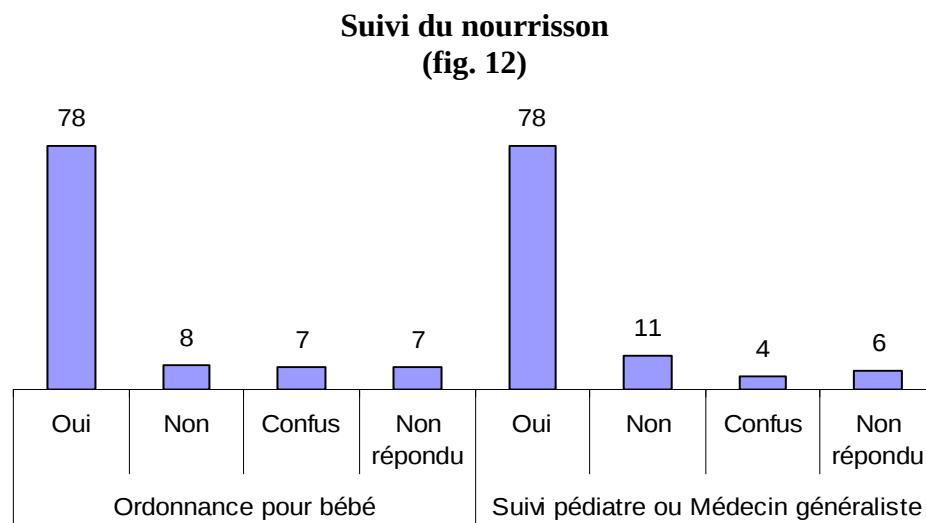
- *La mort inattendue du nourrisson*

73% des femmes n'ont pas parlé, en maternité, avec une personne de l'équipe, de la mort inattendue du nourrisson en ces termes, 10% de femmes ont eu une information et 7% n'ont pas répondu à la question.

**Vous a-t-on parlé de la prévention de la mort inattendue du nourrisson ?
(fig. 11)**

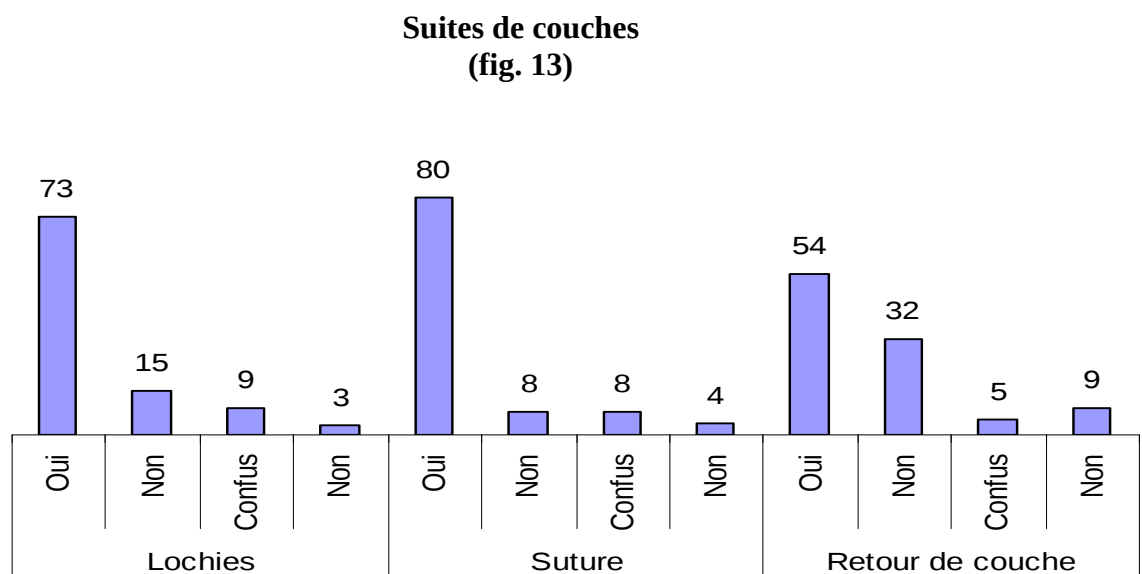


- *Le suivi du nourrisson*



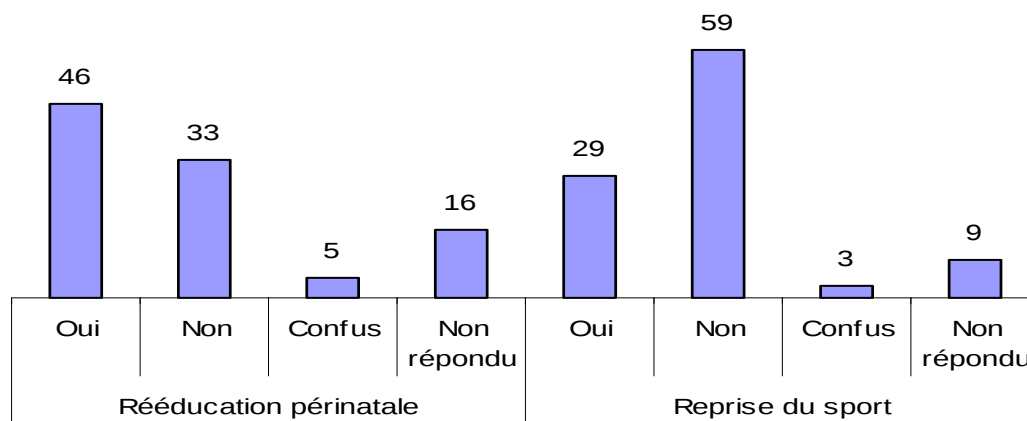
- Les informations données, *durant le séjour*, concernant la mère

- *Les suites de couches*



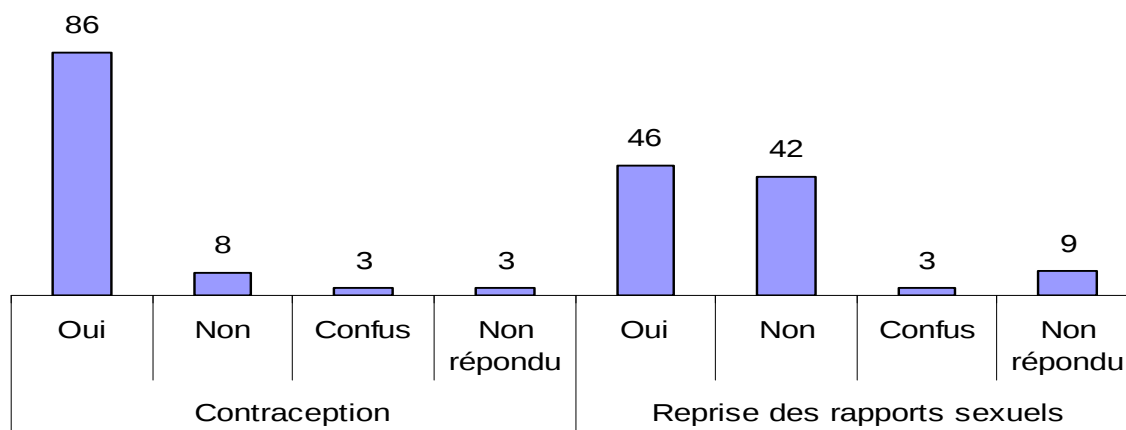
- *La rééducation périnéale*

**Rééducation périnéale
(fig. 14)**

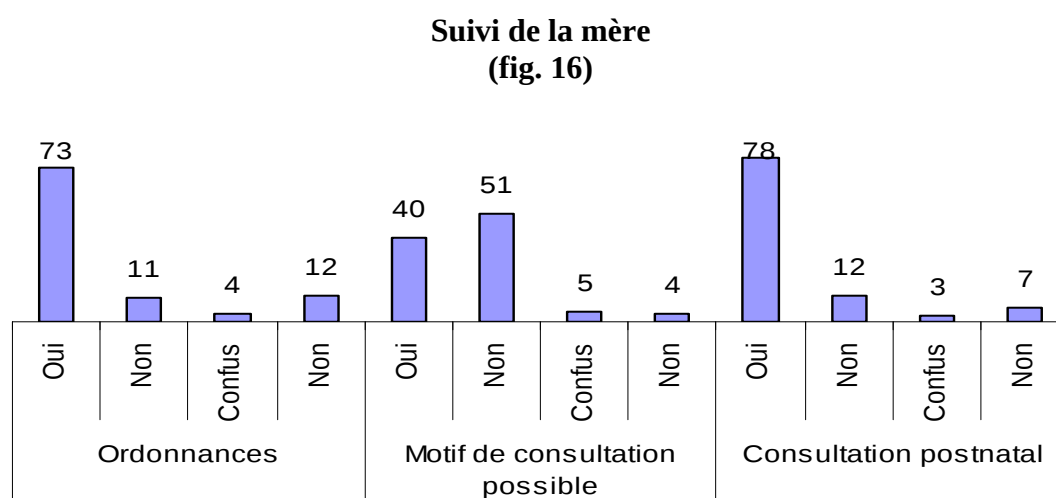


- *La contraception*

**La contraception
(fig. 15)**

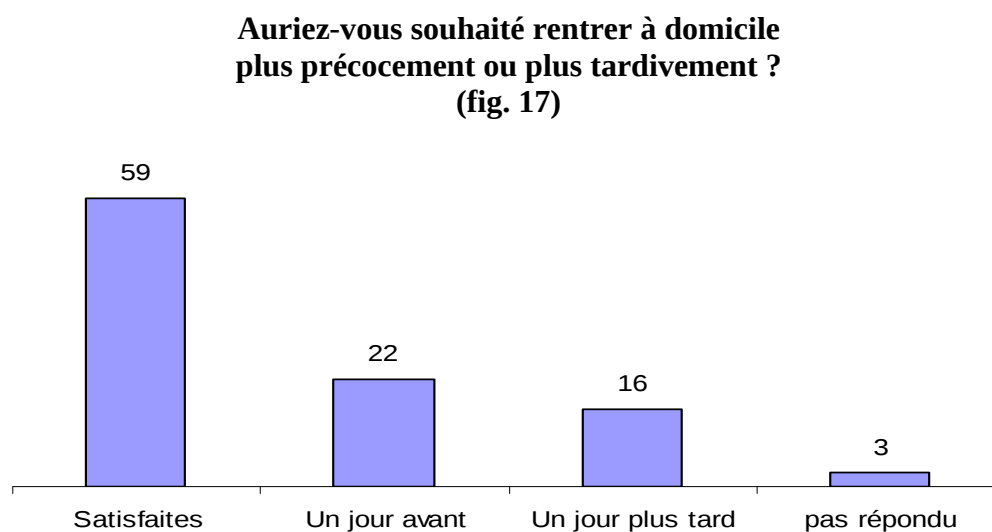


● *Le suivi de la mère*

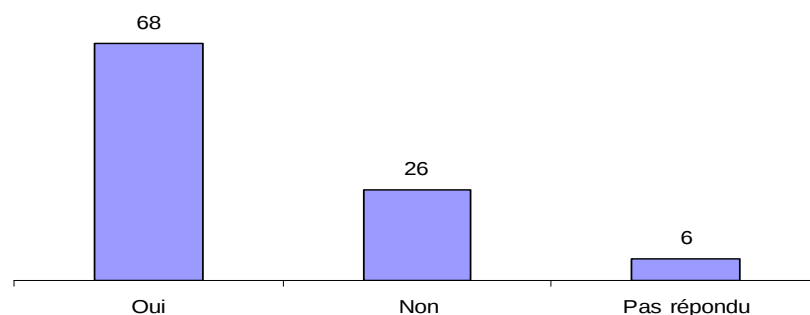


■ Le ressenti de la mère

● *Concernant la durée du séjour*

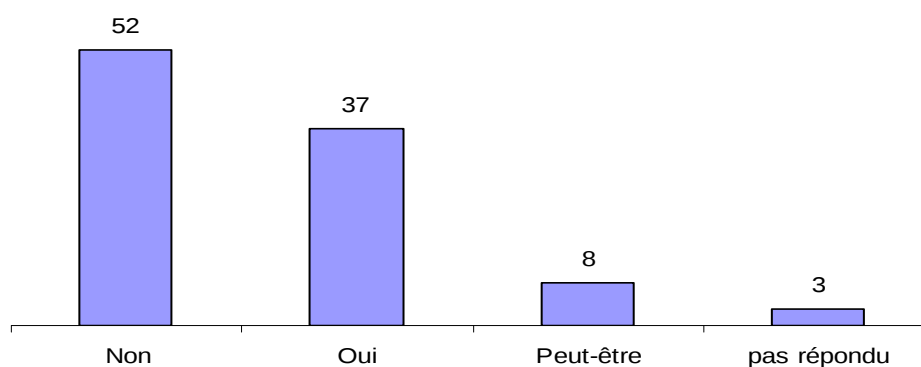


**Avez-vous eu l'occasion d'échanger avec l'équipe
du jour de votre sortie ?
(fig. 18)**



● *Concernant l'aide à domicile*

**Pensez-vous avoir encore besoin d'une aide ou
d'une présence à la maison ?
(fig. 19)**



● *Le retour à domicile*

96% d'entre elles se sentent prêtes à rentrer à leur domicile, 1% ne se sent pas prête et 3% de femmes n'ont pas répondu à la question.

8% des femmes ont encore des questions lors de la sortie de la maternité (3% n'ont pas répondu). :

- « Quelle taille prendre pour les bouts de sein ? »
- « Comment utiliser le tire-lait ? »
- « Que faire du clamp au niveau du cordon ? »
- « Qui puis-je contacter pour l'allaitement ? »
- « Quel savon utiliser pour le bébé ? »
- « Quelles sont les erreurs à éviter pour l'allaitement et le tire-lait ? »

■ Contacts et informations écrites donnés

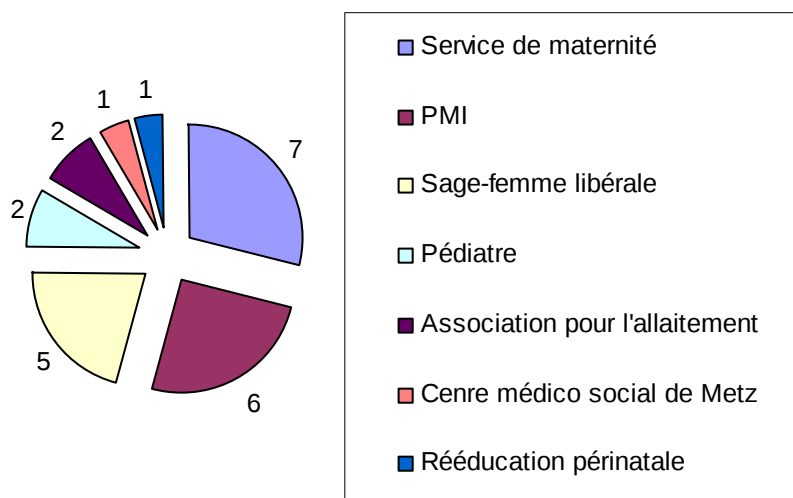
En ce qui concerne les plaquettes informatives :

- 21% ont pris le « livret bleu » disponible dans les couloirs de la maternité : « *L'enfant du premier âge* » du comité national de l'enfance

- 53% le dépliant sur le dépistage des maladies métaboliques du nouveau-né : « 3 jours, L'âge du dépistage »
- 17% une brochure sur l'allaitement maternel.
- 5% une brochure sur le retour à domicile
- 3% une fiche sur la contraception

Aucune liste de personnes à joindre n'a été donnée, mais, ponctuellement, en fonction du contexte et de la demande, on leur a donné certains numéros de téléphone ou nom de personne à contacter. Au total, 24 contacts ont été donnés

**Vous a-t-on donné des coordonnées de personnes
à joindre en cas de besoin ?
(fig. 20)**

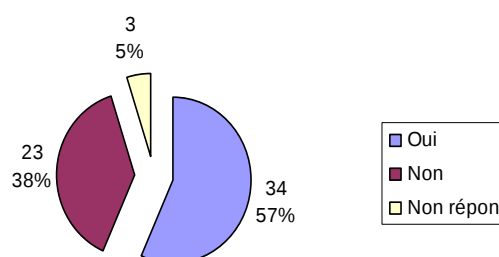


2.3. Questionnaire n°2 à 21 jours

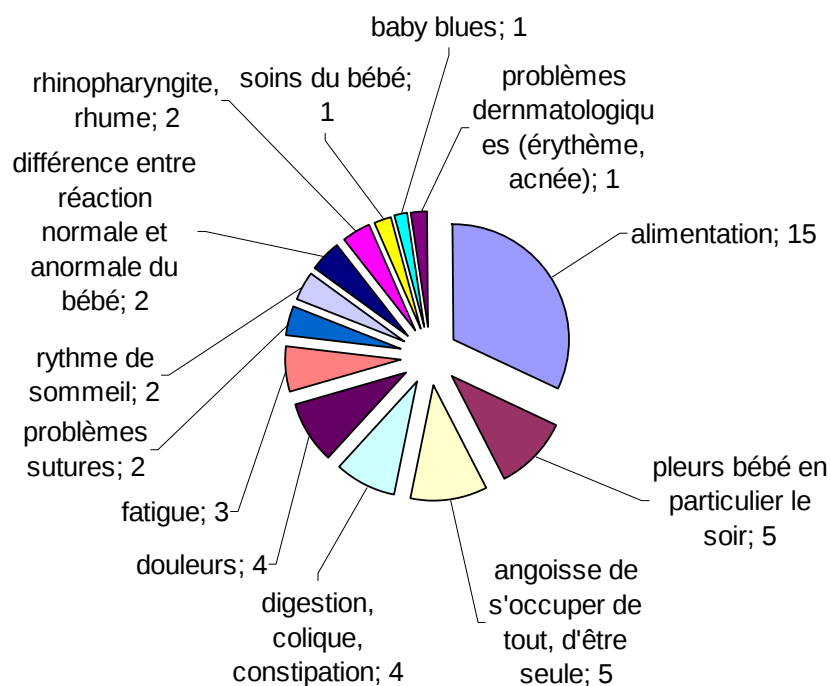
60 femmes sur les 100 de départ ont répondu à ce questionnaire. Certains des résultats exprimés en pourcentage se réfèrent donc aux 60 femmes.

■ Les difficultés éprouvées lors des trois semaines suivant leur sortie :

Depuis votre retour à domicile, avez-vous éprouvé des difficultés ?
(fig. 21)



Quelles difficultés avez-vous éprouvé ?
(fig. 22)



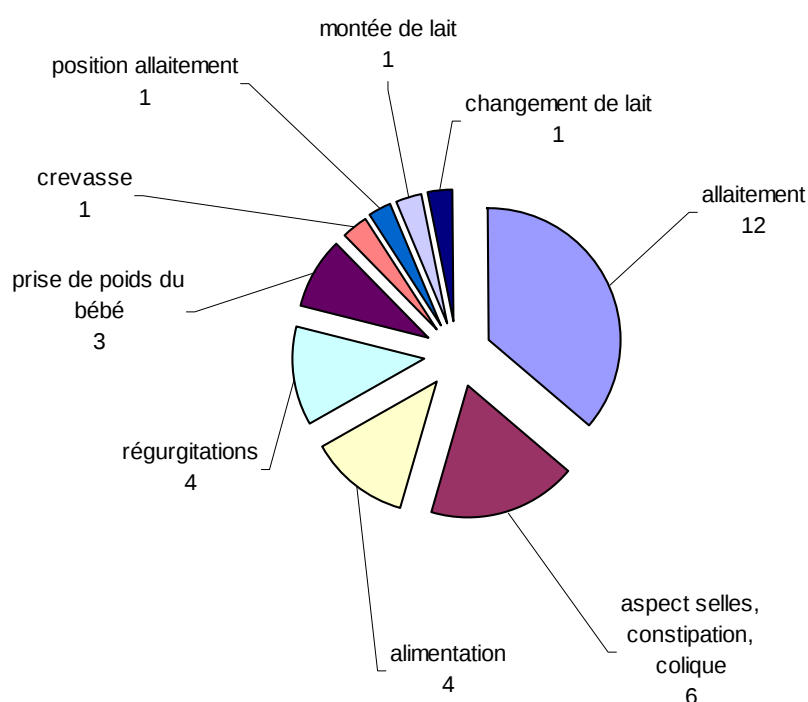
En ce qui concerne les difficultés pour l'alimentation, sur les 15 personnes concernées, 11 personnes parlent de difficultés au niveau de l'allaitement maternel. On retrouve parmi celles-ci : des problèmes liés au tire-lait, aux crevasses, à la montée de lait et un manque d'information à propos du rythme et du nombre de tétées et des positions pour l'allaitement. Pour l'allaitement artificiel, la même difficulté revient : le dosage des biberons.

■ Motifs de consultations

Pendant cette période, 44 personnes ont fait appel à un professionnel de santé. Les différents motifs donnés par les mères se divisent en deux groupes. 33 consultations ont concerné l'alimentation et les 21 restantes sont très variées et spécifiques à la situation.

On peut relever, dans le groupe des 21 consultations : 3 consultations pour des problèmes dermatologiques (érythèmes, acné), 2 pour la toilette du bébé, 2 pour les soins au cordon puis des consultations unique pour une conjonctivite, des saignements, de la fièvre, le retrait des fils, une séance de kinésithérapeute respiratoire...

Motifs de consultations concernant l'allaitement maternel
(fig. 23)

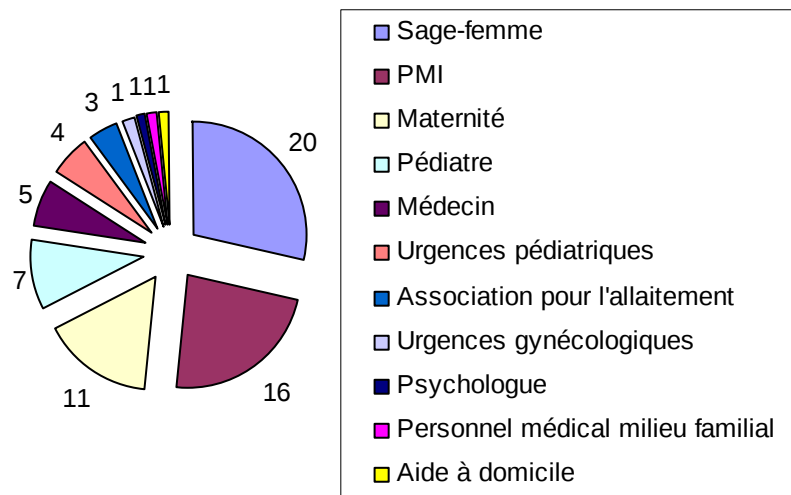


48 personnes savaient à quel professionnel s'adresser et seulement 2 personnes seulement l'ignoraient.

■ Personnes contactées

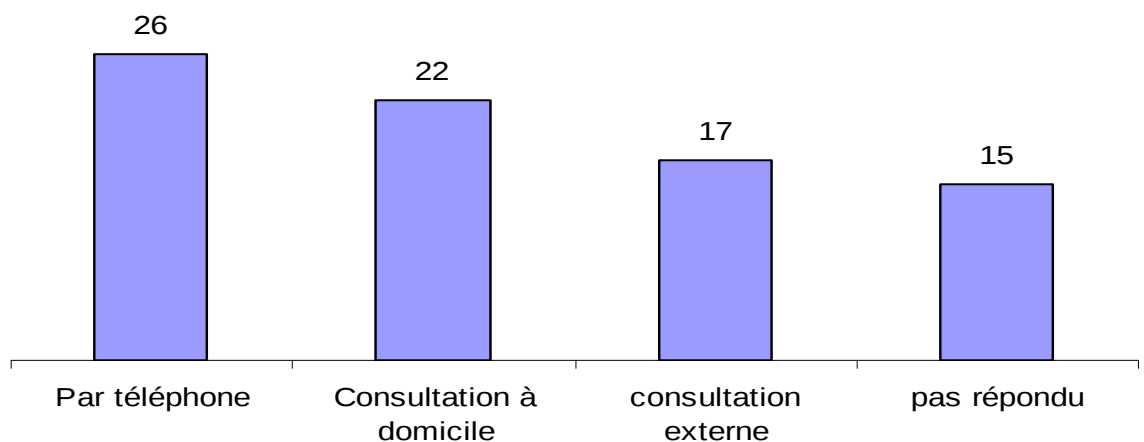
Pour les **44 personnes** ayant eu besoin de faire appel à un professionnel, il y a eu au total **70 consultations** dont 54 pour lesquelles la raison a été donnée.

Qui avez-vous contacté ?
(fig. 24)



Sur les 44 personnes ayant eu besoin d'un professionnel, **4 ont eu des difficultés pour joindre** la PMI et une association pour l'allaitement. L'une d'entre elle à eu des difficultés également pour joindre une sage-femme libérale. Elles ont consulté vers la même période, à la fin du mois d'août.

De quel type d'aide avez-vous bénéficié ?
(fig. 25)



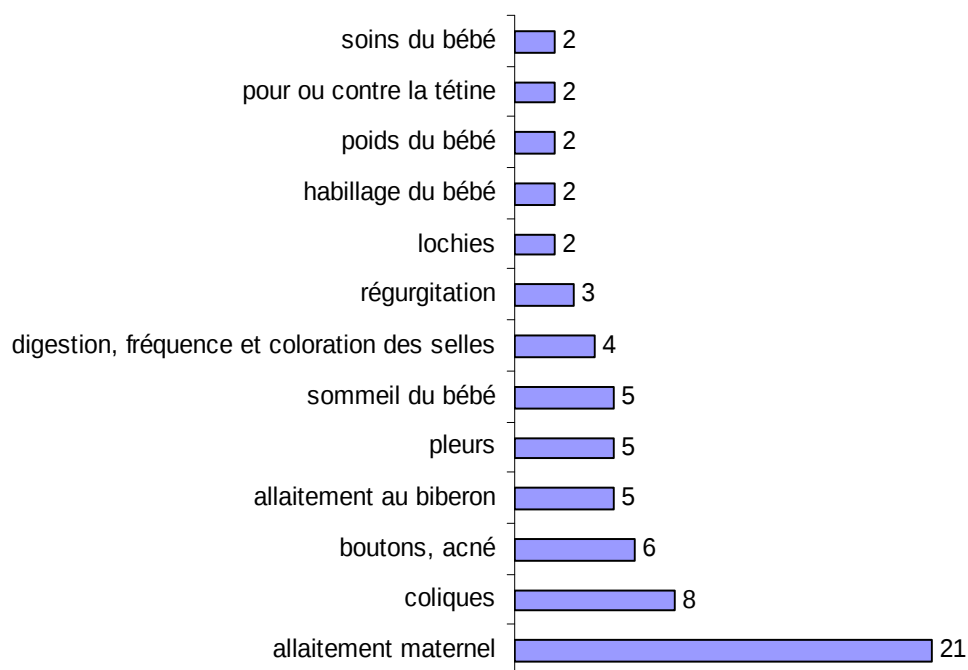
Ces consultations ont **répondu aux attentes de 43 femmes**. Seule 1 personne n'a pas été satisfaite mais elle n'en a pas donné les raisons.

Le questionnaire proposait une liste de personnes à contacter. Sur les 60 questionnaires reçus, **10 personnes** ne connaissaient pas l'ensemble de ces professionnels. **8 personnes** ne connaissent pas d'association pour l'allaitement et 2 personnes ignoraient l'existence des urgences pédiatriques et gynécologiques.

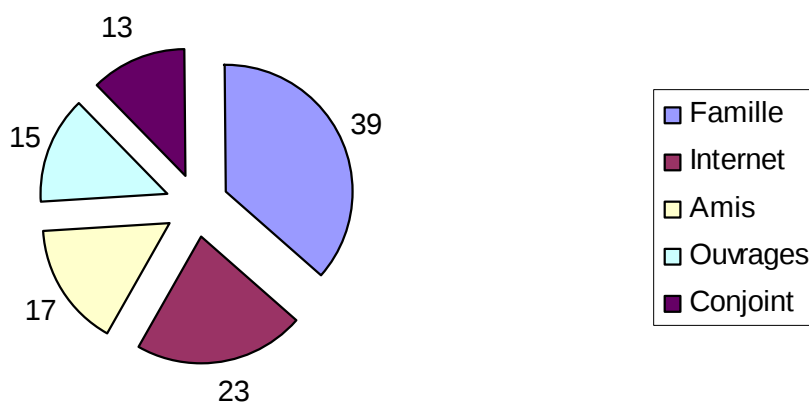
■ Recherche personnelle d'informations et/ou auprès de l'entourage

78 % des femmes, soit 47 personnes, ayant répondu au deuxième questionnaire **ont ressenti le besoin d'obtenir d'autres informations** et 17% ont estimé que ce n'était pas nécessaire.

**A propos de quel sujet avez-vous recherché des informations ?
(fig. 26)**

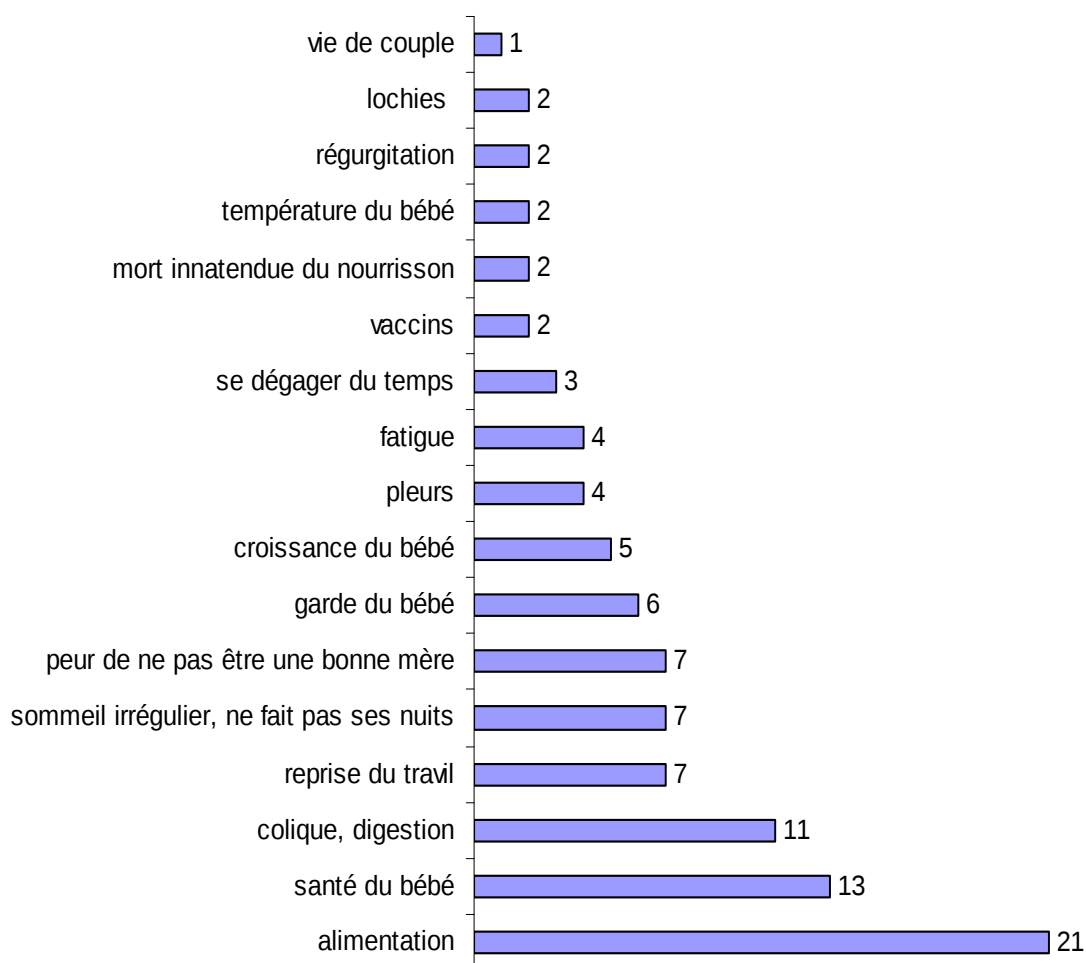


**Qui avez-vous sollicité ?
(fig. 27)**



■ Les préoccupations maternelles trois semaines après l'accouchement

Quelles sont vos préoccupations principales ? (fig. 28)

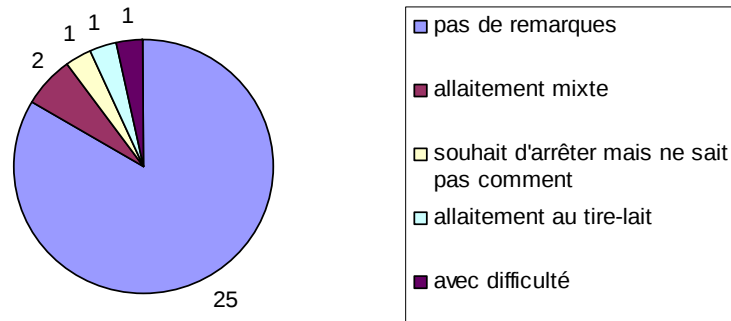


L'alimentation est une des préoccupations principale, mais contrairement à la maternité, ce sont des questions sur la durée de l'allaitement, l'espacement des repas qui se posent. Il y a moins de questions sur les techniques d'allaitement.

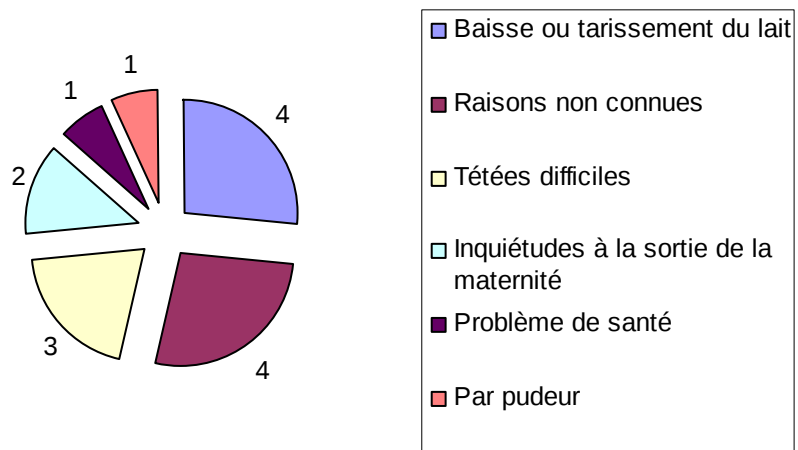
■ L'allaitement maternel

Sur les 60 femmes ayant répondu, 75 % allaitaient à la sortie de la maternité. On observe à 21 jours que 50% continuent à allaiter et donc que 25% des femmes ont sevrés leur enfant.

**Parmi 30 femmes continuant l'allaitement maternel
à trois semaines
(fig. 29)**



**Raisons de l'arrêt de l'allaitement
(fig. 30)**

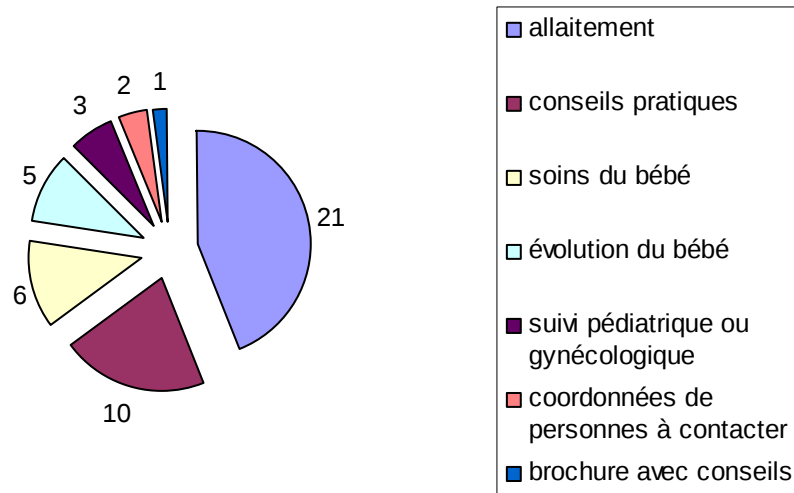


■ Propositions des patientes

- *Amélioration de l'information en maternité*

53% des femmes participant au deuxième questionnaire auraient aimé **d'avantage d'informations** lors de leur séjour en maternité et **42%** des femmes étaient satisfaites.

**Quelles informations auriez-vous aimé avoir en plus ?
(fig. 31)**



Au niveau de l'allaitement, les femmes ayant spécifié leur demande, souhaitent davantage d'informations sur le rythme des tétées, la montée de lait, les positions pour allaiter, sur l'utilisation du tire-lait, sur le sevrage et plus d'aide lors de la mise au sein.

Plusieurs d'entre elles parlent de « conseils pratiques ». Leurs demandes se recoupent. Elles aimeraient qu'on leur parle de tous les maux courants qui peuvent apparaître chez le nouveau-né, les signes, les gestes et « astuces » pour les soulager. Les coliques, les régurgitations, le hoquet, les gaz sont souvent des sources de stress.

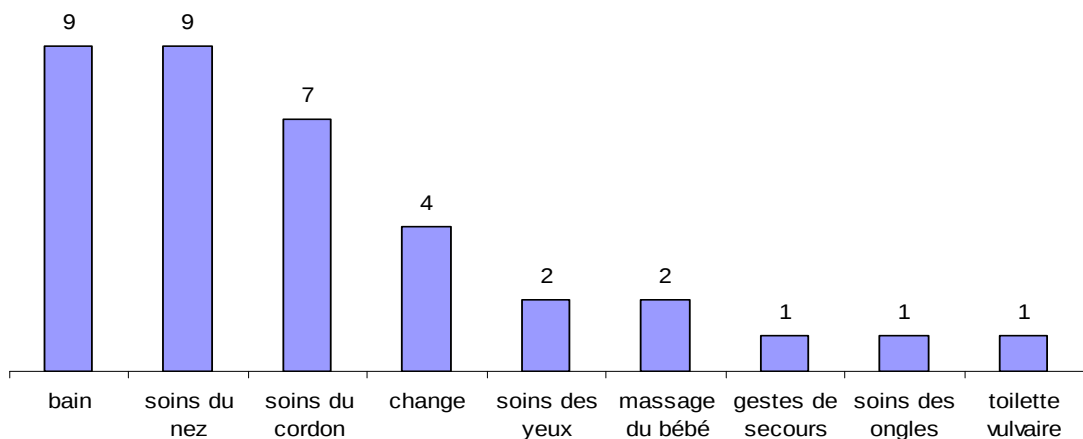
Le terme « d'évolution du bébé » regroupe le rythme de vie du bébé, le rythme de sommeil, l'évolution des selles du poids, la tenue de la tête...

D'autres demandes plus spécifiques ont été relevées : davantage d'informations sur le retour de couche, les vaccinations, la chute des fils de la suture...

● *Amélioration des soins en maternité :*

38 % des femmes auraient aimé réaliser **d'avantage de soins** avec l'équipe de la maternité contre 55% de femmes qui étaient satisfaites.

**Quels soins auriez-vous aimé effectuer d'avantage ?
(fig. 32)**



● *Préparation au retour à domicile :*

Les femmes demandent **plus de conseils et plus d'informations** à propos :

- des « petits maux » de bébé et comment le soulager ;
- sur son évolution, son rythme de vie ;
- sur l'allaitement maternel, les femmes demandent à être plus encadrées ;
- sur le dosage et l'organisation des biberons.

Au niveau de l'organisation dans le service de maternité, certaines suggèrent de:

- de laisser le bébé la première nuit à la nurserie afin de se reposer et récupérer (dans le cas de nourrissage au biberon) ;
- de pouvoir **disposer d'une heure avec un professionnel** pour prendre le temps de poser toutes les questions ;
- d'être **d'avantage soutenue** moralement, « être plus mise en confiance sur notre nouvelles vies et notre nouveau rôle » ;
- que le séjour soit plus long pour être rassurées ;
- qu'il y ait **plus d'échanges** plutôt que la remise d'un simple document écrit.

Pour la préparation à la sortie de maternité, elles estiment important :

- d'**être suivie** par une sage-femme libérale ;
- **d'avoir les coordonnées** de personnes à joindre en cas de besoin ;
- d'avoir le soutien moral de la famille et des amis ;
- que le père soit en congé.

● *Une fois à domicile, comment aider les mères ? :*

Quatre propositions reviennent souvent :

- Avoir les **coordonnées** de personnes à joindre en cas de besoin ;
- **Être entourée** par la famille et que le conjoint soit présent ; voir même pour une femme, qu'il y ait « un allongement du nombre de jours du congé paternité » ;
- Bénéficier d'un **suivi à domicile**, que ce soit par une sage-femme ou une puéricultrice. Certaines demandent qu'un professionnel de santé passe deux fois par semaine ou qu'il y ait un suivi pendant les deux premières semaines après la sortie de maternité mais sans préciser la fréquence des visites ;
- Avoir une **aide de la part de la PMI**, « qu'un contact avec la puéricultrice soit réalisé plus tôt » ou que « les visites de la PMI soient systématiques ».

TROISIEME PARTIE :

Les propositions

1. DEMANDES ET ATTENTES PRINCIPALES DES MERES

1.1. Concernant le séjour en maternité

- **90%** des femmes sont satisfaites de leur séjour de façon générale. En arrivant dans le service de maternité, les femmes attendent surtout de la part du personnel médical des informations, des conseils, être soutenues et accompagnées. Pour seulement **19 %** d'entre elles, le personnel de la maternité n'y a pas répondu.

Il y a donc un décalage entre les deux résultats, les femmes sont satisfaites de leur séjour mais certaines d'entre elles n'ont pas obtenu ce qu'elles attendaient.

- Les femmes déplorent un manque de disponibilité du personnel dû à un manque d'effectif qui se fait ressentir en particulier les week-ends et les périodes sans élèves. En effet, elles soulignent le fait que le personnel, malgré une bonne volonté, n'a pu répondre à leurs attentes.

De plus, les femmes disent ne pas avoir pu se reposer (chambre double, activité du service...)

- En ce qui concerne la durée du séjour, plus de la moitié des femmes, soit 59%, sont satisfaites de leur séjour (en moyenne de quatre jours). La volonté de sortir plus tôt n'est donc pas unanime et correspond seulement 22% de femmes.

La mise en place des retours précoces, réalisés avec toutes les précautions nécessaires définies par l'HAS, serait une réponse possible pour ce groupe de femmes. Certaines femmes (16%) auraient même préféré rester un jour de plus en maternité.

1.2. Concernant l'information en maternité

■ L'information écrite

Les brochures et plaquettes informatives sont distribuées de façon très aléatoire. Seul le dépliant sur le dépistage des maladies métaboliques du nouveau-né est donné de façon quasi systématique. Les autres sont données en fonction de la situation et des habitudes des professionnels.

D'ailleurs, certaines femmes demandent clairement trois semaines après la naissance qu'il y ait davantage de documentation, avec des informations plus pratiques, parlant de l'évolution du rythme de sommeil, des selles, de la fréquence des tétées, des astuces pour calmer les coliques...

De même, il n'y a pas de liste établie de professionnels et d'associations à contacter en cas de besoin. Des coordonnées sont données en fonction de la situation au moment de la sortie. Or, les difficultés et les questions que se posent les mères de la maternité vont changer et évoluer durant les premières semaines. Ces coordonnées sont

alors d'une grande aide. De plus, le fait de savoir qui joindre en cas de difficultés diminue l'anxiété des mères. Elles savent comment appréhender une nouvelle situation.

10 personnes sur 60 ne connaissent pas tous les professionnels proposés dans le questionnaire, pouvant les aider à domicile, en particulier, les associations pour l'allaitement. Leur donner une liste des professionnels et associations permettrait de faciliter les démarches en cas de difficultés et de faire connaître les différents professionnels du réseau périnatal. Cette liste laisse le libre choix du professionnel par la patiente.

L'idéal serait donc de parler davantage de la sortie avec les mères, de leur laisser le choix dans la mesure du possible ; en fonction des critères de sortie et de la capacité du service.

■ L'information orale

A part le manque d'informations et les contradictions entre les informations données sur l'allaitement et les soins, les raisons sont d'ordre organisationnel et ne dépendent pas des professionnels.

Nous verrons plus tard que l'oubli fait partie du mécanisme d'apprentissage. L'environnement doit être approprié pour qu'une information soit assimilée et comprise.

Mais en considération de la masse d'informations délivrée en maternité, nous ne pouvons pas assimiler ces résultats au travail accompli par les professionnels.

Lors de cette étude, certains professionnels surpris nous ont fait part de cette différence entre les informations données et celles mémorisées. Ce qui témoigne bien de l'importance des mécanismes de communication.

En ce qui concerne le bébé :

- La surveillance du nourrisson

En ce qui concerne la surveillance du poids et de la température, environ la moitié des femmes a reçu et a compris les informations données. Seulement 22% des femmes ont eu une information sur le rythme de sommeil d'un nouveau né. Pour chacun de ces thèmes, les idées sont confuses pour une dizaine de personnes, donc soulèvent probablement encore des questions.

Ces chiffres nous paraissent faibles pour des informations de base chez les primipares.

- L'allaitement et le sevrage

L'information sur l'allaitement reste moyenne puisque moins de la moitié des patientes ont bénéficié d'une information complète (signes d'une tétée efficace, durée et fréquence des tétées, signes de satiété) Ces éléments sont des paramètres essentiels qui, lorsqu'ils sont connus de la mère, la rassureront et faciliteront la bonne marche de son allaitement.

En effet, l'étude montre 25% d'arrêt d'allaitement à 3 semaines. Ce chiffre est important, surtout que sur les patientes encore allaitantes à ce stade, certaines disent avoir des difficultés ou vouloir arrêter.

Une grande majorité des femmes qui ont arrêtées précocement leur allaitement ne disposaient pas de ces éléments simples de surveillance.

L'étude met bien en évidence qu'une grande partie des consultations (75% des consultations connues) sont motivées par des difficultés d'alimentation. Il y a donc un réel soutien à mettre en place dans ce domaine après la sortie de la maternité.

Les informations sur l'allaitement semblent moyennement mais aussi mal comprises (10% des femmes disent que les informations sont confuses).

L'information sur le sevrage n'est donnée que dans 33% des cas. Nous pourrions nous interroger sur les raisons qui poussent le personnel à donner ou non ces informations. Parle-t-on du sevrage en cas d'allaitement difficile ou est-ce une demande de la patiente ?

- L'allaitement artificiel

L'information sur ce sujet semble correcte. 70% des femmes ont été informé (préparation des biberons, les différents types de lait, les dosages). Ces informations sont-elles plus simple à transmettre que celles sur l'allaitement maternel? Cependant on peut noter que la moitié des femmes n'ont pas eu d'explications sur la préparation d'un biberon.

- La stérilisation et le lavage du matériel

63% des femmes n'ont pas eu de discussion à ce sujet et ceci qu'elles allaitent ou qu'elles donnent le biberon. Beaucoup de patientes ignorent à la sortie que la stérilisation n'est plus systématique et méconnaissent l'importance d'un bon lavage du matériel.

- La mort inattendue du nourrisson (MIN)

Seulement **40%** des patientes ont été informé durant leur séjour sur les consignes de couchage du nourrisson (sur le dos exclusivement).

Les pourcentages des femmes sensibilisées aux mesures de prévention de MIN (température de la pièce, literie) sont encore plus bas.

Lorsqu'on connaît l'impact de ces mesures sur la diminution du taux de MIN, il semble incompréhensible que le personnel n'aborde pas **systématiquement** ce sujet. Il serait peut être utile que ces notions soient mises par écrit.

- Suivi et ordonnances

Les explications sur les ordonnances et sur le suivi ultérieur du nourrisson sont délivrées de manière importante.

En ce qui concerne la mère :

- Les suites de couche

Les informations sur les lochies et les soins d'une suture sont données régulièrement : 70 à 80% des femmes sont informées. Par contre, le sujet du retour de couche n'a été abordé qu'avec un peu plus de la moitié des mères.

- La rééducation périnéale et la reprise du sport

La question de la rééducation périnéale a été abordée avec moins de la moitié des mères. Seulement 29% ont eu une information sur la reprise du sport. Ce thème devant être ré abordé à nouveau au moment de la consultation post natale, certains professionnels pensent probablement qu'il n'est pas utile dans parler à la sortie de maternité. Or, on sait que certaines des femmes pensent déjà à retrouver leur silhouette et prévoient de faire travailler les abdominaux très rapidement après la sortie. Il est donc important d'expliquer l'intérêt de la rééducation périnéale avant le retour à domicile.

- La contraception et la reprise des rapports

Les informations sur les différents contraceptifs pouvant être utilisés dans le post-partum sont données régulièrement : 86% des femmes considèrent avoir été informées. En revanche, il y a peu de discussions portant sur la reprise des rapports sexuels : un peu moins de la moitié des femmes en ont parlé. Ce point est probablement développé en fonction de la demande et des interrogations des mères. L'étude montre que ce n'est pas un des sujets de préoccupation des mères, en tout cas, trois semaines après l'accouchement.

- Le suivi de la mère

Environ 75% des femmes ont reçu des explications sur les ordonnances les concernant et à propos de la consultation post-natale.

Mais seulement 40% de femmes ont été informées sur les symptômes devant entraîner une consultation chez un médecin ou gynécologue.

En ce qui concerne les mères, même si certaines informations ne sont pas systématiquement délivrées, les difficultés les concernant dans les trois semaines sont faibles. Ces jeunes mères se rendent compte des responsabilités qu'engendre la venue d'un enfant. Ces craintes expriment l'angoisse d'être une « bonne mère », la peur de ne pas faire ce qu'il y a de mieux pour cet enfant.

1.3. Concernant les soins en maternité

Le premier questionnaire met en évidence que les professionnels ont montré les soins aux mères qui les ont réalisés à leur tour dans 80% des cas. Pourtant, une fois à domicile, 38% des femmes, trois semaines après, disent qu'elles auraient aimé réaliser davantage de soins lors de leur séjour.

La réalisation d'un seul bain ne semble pas suffire à être sûr de soi.

Les soins posant des difficultés à domicile sont le bain, les soins du nez et les soins du cordon.

Le principal objectif des soins en suite de couche est d'éduquer les mères aux gestes « savants » de la puériculture. L'apprentissage concerne principalement les fonctions vitales de l'enfant : son hygiène et son alimentation.

En ce qui concerne les soins, même si le personnel parle en termes de « conseils donnés pour rassurer les mères », l'observation du rituel du bain, par exemple, montre

qu'on a affaire parfois à de véritables prescriptions qui ne supportent aucune erreur ou initiative personnelle : « *Il faut toujours* » « *Ne laissez jamais* » « *vérifiez* »

Sous l'œil expert de l'auxiliaire de puériculture, la femme doit exécuter une série de gestes techniques établis à partir de théories scientifiques. Les femmes ont le sentiment que tous leurs gestes sont perçus par le personnel comme un témoignage de leurs capacités maternelles. La confiance en soi n'est ici pas valorisée et cela empêche toute possibilité d'initiative maternelle ou toute autre référence culturelle.

Le savoir faire, nous l'avons vu, n'est plus aujourd'hui transmis de génération en génération. Les familles sont restreintes, en moyenne, composée de deux à trois enfants mais souvent avec des âges rapprochés. L'ainé ne doit plus ou rarement s'occuper de la fratrie. De plus, l'étude montre que la moitié des femmes ont dans leur entourage des enfants de bas âge.

Donc seule une partie de ces femmes a déjà observé comment s'occuper d'un nourrisson et une partie encore moins importante s'en est occupé elle-même. Ces quelques jours en maternité sont donc un moment d'apprentissage.

Néanmoins, la famille reste un appui important pour les jeunes parents et répond à de nombreuses questions. Elle est la première consultée en cas de questions puis vient Internet, les amis, et en dernier le conjoint. Les femmes seules et/ou isolées peuvent donc être plus que les autres en situation de demande, avoir plus besoin d'aide et de soutien. 21% des femmes ont une famille éloignée qui ne peut être présente et les aider, 11% ont un conjoint qui est souvent absent et qui ne pourra donc pas beaucoup les épauler et 5% sont célibataires.

1.4. Concernant la préparation à la sortie de maternité

96% des mères se sentent prêtes à rentrer chez elle après quatre jours en maternité. 8% seulement ont encore des questions.

Plus de la moitié ne pensaient pas avoir besoin d'aide à domicile en sortant de la maternité or, à trois semaines, **73% d'entre elles ont consulté.**

- Les mères proposent pour préparer la sortie de la maternité de recevoir :
 - davantage d'informations sur l'allaitement ;
 - des conseils pratiques pour le bébé ;
 - des coordonnées de professionnels à joindre en cas de besoin.
- En ce qui concerne l'organisation en maternité, elles aimeraient :
 - être suivies par un professionnel « référent » à la maternité ;
 - bénéficier de plus de temps avec un professionnel ;
 - avoir davantage d'informations orales et non écrites ;
 - plus d'échanges avec le personnel.

1.5. Concernant le retour à domicile

Les patientes soulignent l'importance d'être entourées par la famille et le conjoint et de ne pas hésiter à se faire aider, voir même de demander l'intervention d'une aide ménagère pour pouvoir se reposer.

Puis, il leur semble important d'avoir un suivi à domicile que ce soit par une sage-femme ou une puéricultrice de la protection maternelle et infantile pendant les deux premières semaines. Il est difficile pour elles d'aller consulter à l'extérieur. La plupart des femmes demandent donc une aide à domicile. 26% de femmes ont bénéficié d'une aide par téléphone et 22% ont eu une consultation ou visite à domicile.

1.6. Le réseau de professionnels

48 personnes sur 60 savaient à qui s'adresser alors qu'aucune liste de coordonnées n'a été donnée en maternité. Les professionnels appartenant au réseau de périnatalité sont donc connus par les femmes. Le suivi par une sage-femme libérale se développe. La Protection maternelle et infantile envoie un courrier en début de grossesse à toutes les patientes qui permet de les informer de leur existence. Seules les associations sur l'allaitement maternel ne sont pas connues de tous (10 femmes).

Elles ont joint les professionnels sans difficulté, mis à part à la fin du mois d'août (période de vacances). Les mères sont satisfaites de l'aide et des réponses apportées.

Le réseau de professionnels pouvant intervenir dans le post-partum paraît suffisamment développé et répond à la demande des mères.

2. LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Afin d'identifier d'éventuelles complications et d'améliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible, à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2.1. Les bases de la communication

Nous venons de voir, d'une part, que l'enquête de la DRESS de 2006 suggère que des progrès peuvent être encore accomplis en matière de conseil et d'information pour préparer la sortie de la maternité et d'autre part que le temps pour transmettre ses informations est de plus en plus écourté avec la diminution de la durée des séjours.

La mère doit donc assimiler le plus d'informations possibles en peu de temps pour avoir toutes les données nécessaires une fois seule à la maison. La façon dont sont transmises ces informations est donc essentielles ; aussi certaines précautions doivent être prises afin de permettre de rentrer en communication. [35]

La « relation d'aide » est une mise en relation de deux individualités dont l'objectif concerne un mieux par le partage de compétences communes.

Un simple « *comment allez-vous ?* » ne suffit pas pour rentrer en relation. Il faut aussi que le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions. Le rôle et la fonction de soignant n'inscrivent pas d'emblé le professionnel dans une relation d'aide. Il faut une dimension humaine, c'est-à-dire personnelle, pour cela. Elle permet alors de passer du statut « d'ouvrier du soin » à celui de « professionnel de l'humain ».

Or de nombreux éléments peuvent parasiter cette relation d'aide :

- La multiplicité des professionnels ;
- Référents médicaux divers (sage-femme, interne, médecin, chef de clinique...) et d'autres intervenants (psychologues, kiné...) ;
- Présence d'un voisin ou d'une voisine ;
- Irruption d'un membre de la famille ;
- Appel téléphonique ou bip.

Les techniques de communication :

- Adapter son vocabulaire, ne pas employer de termes techniques, afin de faciliter la compréhension.
- « *Regarder quelqu'un, c'est lui accorder de l'attention* » Il faut donc regarder le plus souvent possible son interlocuteur pour établir un bon contact.

- Les questions ouvertes permettent de faire préciser au patient un point évoqué. Elles lui permettent de faire partager son point de vue, d'apporter un complément d'information sur sa situation ou son ressenti. Alors que les questions fermées entraînent une réponse par oui ou non. Dans ce cas, la tonalité employée est importante, un ton inquisiteur n'engage pas le patient à rentrer dans un processus de communication.
- Les techniques de formulation en écho (reprendre la fin de la phrase), en reflet (utiliser un synonyme pour qu'il complète sa réponse) et la reformulation permettent de vérifier si l'information a bien été comprise.

Mais la communication est aussi corporelle. Chaque individu reconnaît un espace comme lui appartenant. Il a été défini plusieurs espaces autour de nous : l'espace intime que seules les personnes très proches sont autorisées à pénétrer, l'espace privée étant l'espace idéal à respecter en société, l'espace social séparant deux personnes qui se connaissent peu ou pas du tout et l'espace public utilisé par une personne pour s'adresser à un auditoire.

A l'hôpital, la chambre est souvent un lieu de passage et non un abri intime : peu de gens frappent et attendent qu'on les autorise à entrer et le patient assiste à un défilé de professionnels dans son espace vital, augmentant son sentiment d'angoisse, parfois de révolte et amenuisant toute chance de communication. De même, les contacts physiques sont parfois banalisés avec les soins. Il convient donc d'être également attentif à ce besoin de préserver l'espace vital des mères.

2.2. La mémorisation

Mémoriser, c'est assimiler des connaissances pour les mobiliser et les rendre opératoires. Nous avons tous un mode privilégié d'utilisation des possibilités de notre cerveau. Or nous privilégions les explications orales à la maternité. Pour qu'une information soit transmise et retenue, l'idéal serait d'utiliser à la fois un élément visuel, une explication logique et une action concrète.

La mémorisation est un acte complexe se déroulant par étapes successives et comportant des phases d'oubli qui font partie du processus même de mémorisation. Nos connaissances ont besoin d'être périodiquement réactivées.

Lors d'une information orale, toutes les informations significatives pour nous (importantes et accessoires) sont enregistrées dans la mémoire immédiate. Mais celle-ci est fugitive et illusoire : 80% des informations reçues disparaissent en 24h et même si l'information est nette à l'esprit, qu'elle semble y être gravée, il n'en est rien. **Sans traces écrites et sans reparler de cette information, elle sera vite oubliée.** [36]

3. L'INFORMATION PENDANT LA GROSSESSE

Les femmes ne peuvent se souvenir de toutes les informations données à la maternité en l'espace de quatre jours. Nous l'avons vu, pour mémoriser une information, elle doit d'abord être oubliée puis réactivée. Il faut donc du temps et répéter à plusieurs reprises une information pour qu'elle puisse être assimilée.

Les informations concernant la parentalité, les soins et le rythme du bébé devraient donc être données déjà pendant la grossesse. Les séances de préparation « à la naissance et à la parentalité » portent essentiellement sur la naissance et l'accouchement. On répond, il est vrai à la demande des mères dont la préoccupation, les derniers mois de grossesse, est portée sur cette période et moins sur le post-partum. Il serait pourtant intéressant de réaliser une séance uniquement sur les changements après la naissance, la parentalité et sur les besoins d'un nouveau né ; celle-ci étant rarement réalisée ou bien de façon peu développée. De cette manière, les sujets abordés en maternité ne seront pas nouveaux et il sera plus facile pour les femmes de se les approprier.

4. PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE EN MATERNITE

4.1. La nécessité de certaines informations à débattre

Nous avons pu observer lors de mes stages et lors de notre que plusieurs thèmes étaient peu ou pas du tout abordés en fonction de l'estimation du professionnel en poste.

Depuis la loi 2002, « informée constitue une démarche indispensable qui fait partie des droits du patient ».

Cependant, nous pouvons nous demander comment le personnel peut juger de l'utilité ou non de donner l'information. Pouvons nous savoir ce qui est le mieux pour nos patients ou plutôt ce qui serait le mieux pour nous même ?

D'autre part, il peut exister un écart important entre le langage médical et le degré de compréhension par les patientes. Leur interprétation est parfois loin de la réalité. L'information adéquate de la patiente, dans les termes qu'elle pourra comprendre, à un moment où elle pourra être réceptive est donc très importante.

- Le sevrage

Parler du sevrage alors que l'allaitement maternel n'en est qu'à ses débuts, pas encore réellement mis en place, paraît contradictoire. Avoir cette information serait-il une incitation à l'arrêt de l'allaitement lorsque les femmes éprouvent des difficultés ou bien serait-il un moyen de les rassurer, permettant de s'organiser et de se projeter en avant une fois à domicile ?

Notre choix fut de leur en parler, le premier rendez-vous avec un professionnel étant prévu quatre semaines après l'accouchement.

- La préparation des biberons, la stérilisation et le lavage du matériel lors d'un allaitement maternel

Nous pourrions nous demander si informer une patiente sur l'utilisation des biberons ne serait pas une incitation à donner des compléments.

- La mort inattendue du nourrisson

La mort inattendue du nourrisson est un sujet difficile à aborder. Elle engendre des angoisses chez les mères et des questions, auxquelles les professionnels n'ont pas de réponse. L'étude montre que 10% des femmes seulement en ont parlé avec un professionnel en maternité. Est-ce que parler des moyens de prévention sans parler de la mort inattendue du nourrisson est aussi efficace ?

Les femmes ont reçu de nombreuses informations en maternité et nous l'avons vu, ne pourront pas tout retenir. Le fait qu'elles comprennent l'intérêt et l'objectif de ces moyens de prévention les conduira à les mettre en œuvre. Elles ne les verront pas, pour certaines, comme un phénomène de mode. Les conseils concernant la position de couchage ont été modifiés plusieurs fois en peu de temps, nos grands-parents et parents

avaient chacun des manières différentes de faire. L'influence familiale étant forte, si les femmes ne connaissent pas l'utilité de ses changements, ils ne seront pas suivis.

4.2. Le développement de l'entretien d'accueil lors d'un allaitement maternel

Lors du début de l'étude, au mois de juillet 2009, un entretien d'accueil devait être mis en place lors d'un allaitement maternel. N'en étant qu'à ses débuts, il était encore peu réalisé et les auxiliaires puéricultrices disent parfois manquer de temps.

Cet entretien devait être réalisé par une auxiliaire puéricultrice auprès de chaque femme désirant donner le sein. L'auxiliaire expliquerait, lors de l'arrivée dans le service, comment se positionner pour donner le sein, ce qu'est le colostrum, les signes d'une tétée efficace, parlerait de la durée et de la fréquence des tétées les premiers jours...

Les femmes, ainsi, bénéficieraient donc toutes d'une information complète sur l'allaitement maternel dès le début du séjour.

Mais la multiplicité des intervenants en maternité fait que des informations ne sont parfois pas données ou sont parfois contradictoires. La création d'une fiche de suivi, pour les professionnels, détaillant les consignes données à la patientes serait peut être utile.

De plus, l'étude montre que l'allaitement est la cause la plus importante de difficultés éprouvées par les mères au retour à domicile, la raison la plus importante de consultations durant les trois premières semaines et il est toujours une des préoccupations des mères à 21 jours.

Développer cet entretien déjà existant serait une réponse à la demande des mères d'être plus encadrée en ce qui concerne l'allaitement maternel et permettrait peut-être avec une information plus développée sur ce sujet, pendant le séjour, de diminuer une part des consultations ultérieures.

4.3. La création d'un service de consultation pour l'alimentation

L'alimentation étant la source principale de difficultés et de consultations. Nous pourrions envisager la création d'un service de consultations alimentation. Ce service serait géré par des professionnels titulaires d'un diplôme en lactation (Diplôme universitaire en lactation humaine et Diplôme international de consultant en lactation). Si un service existait au sein de la maternité, les femmes pourraient y avoir recours durant leur séjour (ce qui déchargerait le personnel de la maternité).

L'entretien d'accueil cité précédemment serait donc réalisé par le personnel travaillant à cette consultation et ce travail serait réalisé en collaboration avec les sages-femmes et auxiliaires puéricultrices du service afin d'optimiser la prise en charge des mères et d'harmoniser les pratiques.

De plus, les femmes pourraient s'adresser à ce service en cas de difficultés une fois sorties de la maternité.

Une permanence téléphonique pourrait aussi être instaurée ainsi que des visites à domicile l'après-midi par exemple. Le nombre des consultations et appels réalisés durant les trois semaines après l'accouchement en serait réduit.

4.4. Des aménagements pour une période de « repos »

Le séjour en suites de couche, dans l'idéal, devrait être une période de repos permettant de récupérer après l'accouchement et de rentrer à domicile dans de bonnes conditions. Car rentrer à la maison, c'est reprendre les activités ménagères et pour certaines femmes reprendre une activité professionnelle. De plus, on sait que les nuits seront courtes et entrecoupées pendant les premières semaines.

Cependant même si les activités ménagères sont prises en charge en maternité, il est difficile pour elles de se reposer. Les raisons sont nombreuses : le fait d'être dans un environnement différent, ne pas dormir dans son lit, bruits de jour comme nuit dans les couloirs, partager sa chambre avec une personne inconnue, avoir des visites tout au long de la journée, être réveillée tous les jours vers 7h15- 7h30....

Certaines mesures peuvent être prises afin de rendre le séjour plus reposant.

- Un petit déjeuner en libre service.

Le réveil se fait souvent par la distribution du plateau du petit déjeuner vers 7h30. Or certaines femmes n'ont pas forcément faim à cette heure là, sont en train de s'occuper de leur enfant ou dorment seulement depuis quelques heures. La mise en place d'une table avec les éléments du petit déjeuner, près de l'office, dans le couloir, permettrait de contenter tout le monde. Il faudrait, tout de même, instaurer une fourchette horaire, pendant laquelle les femmes pourraient se servir afin de ne pas décaler les repas et pour des raisons d'organisation.

- Différer et regrouper les soins

La matinée est très chargée à la maternité, la plupart des soins devant être réalisés. On peut d'ailleurs se demander quelles en sont les raisons. Cette règle est-elle intangible ?

Souvent, la femme est donc réveillée vers 7h30 pour le petit déjeuner ou pour réaliser un bilan sanguin. Ensuite une élève sage-femme ou une aide soignante vient prendre la température et la tension artérielle. On vient ramasser le plateau repas. Selon les matins, vient la visite de la sage-femme, de l'auxiliaire puéricultrice, du gynécologue puis vient l'heure du bain à la pouponnière et de la douche si le repas de midi n'est pas déjà servi.

Un professionnel rentre au moins 5- 6 fois dans la chambre dans la matinée. L'idéal serait de regrouper les soins, que les constantes et bilan sanguin soient réalisés au moment de l'examen général et obstétrical fait par la sage-femme et que pendant ce temps là l'auxiliaire puéricultrice réalise les soins au bébé.

Organisé ainsi, la femme peut davantage se reposer, l'entretien est plus long et permet peut être aux femmes de poser plus de questions, il y a moins de risques d'oubli au niveau de la prise en charge ; et au niveau du temps mis, il est soit équivalent soit plus court. Reprendre chaque dossier à chaque fois que l'on est rentré dans la chambre,

les allers retours dans les couloirs, les interruptions font que le temps mis par patientes doit être plus long.

4.5. Des séances d'informations en groupe à la maternité

Des séances d'informations faites par une sage-femme ou une auxiliaire de puériculture pourraient être organisées au sein même de la maternité. Elles permettraient à la fois aux professionnels de passer plus de temps avec un petit groupe de femmes que de les voir toutes individuellement pour les mêmes informations et permettraient aux femmes d'échanger entre elles.

L'expérience dans ce domaine montre que ce genre de réunions est très apprécié des patientes et très instructif pour elles (Dynamique de groupe, informations pratiques échangées par les patientes).

4.6. La réalisation d'une fiche contenant le vocabulaire usuel (ANNEXE 4)

21% des femmes de mon étude sont d'origine étrangère. J'ai dû traduire mon questionnaire en anglais pour permettre à toutes les femmes de participer à l'étude mais l'anglais n'est pas suffisant. Durant cette période, plusieurs femmes venant de pays de l'est étaient dans le service et ne parlaient pas d'autres langues. Les informations qu'elles avaient reçues étaient donc incomplètes ou mal comprises.

L'idéal serait qu'un interprète intervienne en maternité. Une pratique dont le développement était prévue dans le plan périnatalité de 2005-2007. Cependant celui-ci ne peut être présent en permanence dans le service, les soins s'échelonnant sur toute la journée. Une fiche avec le vocabulaire usuel en maternité, traduite en différentes langues serait un support facilitant la communication entre les professionnels et les mères.

4.7. L'existence d'un professionnel référent

Il me semble fondamental suite aux constatations de l'étude qu'une partie du personnel médical et paramédical soit spécialiste de l'allaitement. Le nombre de professionnels spécialisés devrait permettre la présence d'au moins un professionnel référent 24 heures sur 24.

4.8. L'instauration de transmissions communes auxiliaires puéricultrices/sages-femmes

Les soins en maternité concernent le couple mère-enfant sans pouvoir dissocier les deux. Il est important qu'avant la sortie de la maternité, les professionnels aient pu

observer que le lien mère-enfant a commencé à s'instaurer ou non. En effet, les séjours étant maintenant en moyenne de quatre jours et avec l'apparition des sorties précoces, les situations difficiles et/ou à risques sont plus difficiles à dépister. Parfois ce ne sont que des petits signes, des attitudes, cela relève de quelque chose de subjectif.

Si les transmissions sont faites séparément, nous pouvons passer à côté de véritables problèmes dans ce domaine. De plus, ces transmissions communes permettent d'échanger à propos de certaines situations entre collègues et d'avoir plusieurs avis.

4.9. Les aménagements de l'examen de sortie

Habituellement, la veille du départ de la maternité, la sage-femme réalise « un examen de sortie » lors duquel de nombreux thèmes, mais ne concernant uniquement que la mère, sont abordés. C'est au pédiatre que revient le soin d'informer la mère sur le suivi et les soins concernant son enfant. Mais cette visite est souvent rapide et l'étude montre bien que certains thèmes concernant le nourrisson méritent d'être approfondis.

La sage-femme dont le rôle est de s'occuper de la dyade mère-enfant, doit s'assurer que la mère a toutes les informations nécessaires et répondre à ses interrogations. L' « examen de sortie » pourrait donc être le moment idéal pour faire le point en ce qui concerne la femme et le bébé.

Au point 2.1., nous avons vu qu'il faut un environnement adéquat afin qu'une information soit correctement transmise. Dans l'idéal, cet examen devrait donc avoir lieu dans une pièce à part et non dans la chambre si celle-ci est double et après avoir mis le nourrisson en pouponnière ou sous la surveillance de son père afin de ne pas être interrompu. De plus, deux sages-femmes s'occupent du service, il serait donc possible, juste le temps de cet entretien de détacher du service une sage-femme pour ces visites de sortie.

Les explications pourraient également être accompagnées par des documents, des schémas permettant une meilleure compréhension.

5. PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE MATERNITE PAR RAPPORT AU RESEAU EXISTANT

5.1. La création d'un dépliant

Afin de répondre à la demande des mères, il est intéressant de créer un dépliant regroupant des informations concernant l'alimentation, les « petits maux » de bébé, sur son évolution ainsi que les coordonnées des différents professionnels pouvant intervenir après la sortie de la maternité. Le dépliant pourrait aussi contenir des messages de prévention (mort inattendue du nourrisson, bébé secoué, soleil).

Toutes les informations nécessaires seraient regroupées dans un seul dépliant (ANNEXE 6).

Cependant, il serait déjà facile d'utiliser les documents mis à disposition. Chaque femme reçoit maintenant un carnet de maternité dans lequel se trouve une fiche coordonnées (ANNEXE 5). Il suffirait donc de remplir ou compléter cette fiche lors du séjour en maternité.

5.2. L'utilisation d'autres moyens de communication

« Co-naître ensemble » est une émission d'information sur le monde de la périnatalité qui vient de faire son apparition sur les ondes de CFOU 89,1, la radio de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Il s'agit d'un projet créé par des étudiantes au baccalauréat en pratique sage-femme. Cette émission s'adresse bien entendu aux étudiantes, mais aussi aux couples, aux femmes, aux sages-femmes et à tous ceux qui désirent en apprendre plus sur le monde de la périnatalité. Des élèves sages-femmes doivent préparer, animer ces émissions, à raison d'une heure par semaine. Les sujets sont très divers : le portage, la sexualité pendant la grossesse, l'haptonomie, les bébés prématurés, le deuil, les pères...

La radio pourrait être également un moyen d'informations permettant aux femmes de poser des questions directement de leur domicile.

5.3. Des séances de préparation à la parentalité réalisées par les sages-femmes libérales

Nous l'avons vu, en 2008, deux séances de « préparation à la parentalité » réalisées dans le post-partum ont été mises en place. Elles sont individuelles, réalisées

entre le 8^e jour et la consultation postnatale et ne s'adressent qu'à des femmes en situation de vulnérabilité. Mais le terme est vaste et comprend également les mères angoissées ou stressées. Les femmes demandant ces séances sont donc presque toutes susceptibles d'y participer.

Pourtant ces séances ne sont pas pratiquées sur Metz (et alentours). Développer ces séances serait un moyen de compléter les informations reçues en maternité et de répondre aux questions apparaissant par la suite à domicile.

5.4. Un suivi soutenu et prolongé

Les interventions intensives proposées en période postnatale se sont révélées plus efficaces que celles faites durant la grossesse. Elles ont une action non seulement sur la prévention de la Dépression du post-partum mais aussi sur les interactions parents-enfants.

L'efficacité, à court et long terme, du soutien postnatal prolongé à domicile a été démontrée. Les femmes ayant bénéficié du suivi post-partum par une sage-femme sont en meilleure santé et présentent moins de symptômes dépressifs que les autres. Elles sont davantage satisfaites du suivi et ont moins recours au système de soins que les femmes du groupe témoin.

5.5. Une carte des secteurs de PMI mise à jour et coordonnées à disposition en maternité

Il existe une liste des Protections maternelles et infantiles avec les adresses et coordonnées disponible en maternité mais il n'y a pas de carte avec la délimitation des différents secteurs. Les sages-femmes ne savent donc pas à qui s'adresser directement pour mettre en place un suivi à domicile. Il serait donc plus facile pour faire le lien qu'une carte avec des coordonnées à jours soit disponible.

Conclusion

Par l'intermédiaire de ces deux questionnaires destinés aux mères nous avons pu évaluer leur vécu en ce qui concerne le séjour en maternité et le retour à domicile. Nous avons ainsi recensé leurs attentes et besoins.

Les femmes sont satisfaites à la sortie de la maternité mais, trois semaines plus tard, les demandes et propositions d'améliorations de la prise en charge en maternité sont nombreuses. Une grande partie d'entre elles ont fait appel à un professionnel après la sortie.

Cela met bien évidence la nécessité d'informations plus nombreuses et précises à la maternité et l'importance de la mise en place d'un suivi à domicile. Le nombre de consultations en serait ainsi diminué et le taux d'allaitement maternel et sa durée augmenteraient sensiblement.

Plusieurs interrogations restent néanmoins en suspens.

Qu'en est-il des primipares dont le séjour a été allongé ? Seraient-elles plus informées ? Ont-elles moins besoin d'aide par la suite ? Car en ce qui concerne l'allaitement, elles bénéficient de plus de temps et sortent plusieurs jours après la montée de lait.

D'autres parts, cette étude n'a pas inclus les multipares pour de raisons de biais d'informations. Même si elles ont déjà fait l'expérience de la maternité, chaque grossesse est différente et les questions ou difficultés peuvent être elles aussi différentes. Combien d'entre elles font appel à des professionnels une fois à domicile ? Ont-elles parfois également besoin d'un suivi ?

En réalité, le questionnement relatif à l'information donnée à la mère et à la préparation au retour à la maison a démontré, à travers cette étude, son intérêt mais également sa légitimité au regard de la demande des mères elles-mêmes. A ce double titre, il doit faire parti des différentes réflexions menées par le personnel soignant en maternité, à titre individuel mais également en équipe.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Ministère de la Santé et des Sports. *Les motifs de recours à l'hôpital (la morbidité hospitalière)*. Présentation [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/morbid/aide.htm>> (consulté le 21.12.2009)
- 2) E. VAUTRIN, A. FONTAINE, P. LANBA, et al. *Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, février 2000, vol. 29, n°1, pp. 94-101
- 3) OCDE. *Durée moyenne de séjour à l'hôpital*. Panorama de la santé 2009 – Indicateurs de l'OCDE : OCDE, 08.12.2009, 200p. ISBN 9789264075566
- 4) AUDIPOG. *Consultation des tableaux statistiques* [en ligne]. Disponible sur : <<http://audipog.inserm.fr/tablostat.php#>> (consulté le 21.12.2009)
- 5) I DEMONTGOLFIER. *Recommandations en pédiatrie : Bien gérer les sorties précoces de maternité* [en ligne]. Disponible sur : <www.lesjta.com/html2fpdf/article_pdf.php?ar_id=1232> (consulté le 29.12.2009)
- 6) F. VENDITTELLI, M. BONIOL, N. MAMELLE. *Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, septembre 2005, vol. 53, n° 4, pp. 373-382.
- 7) HAS. *Sortie précoce après un accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. Saint-Denis La Plaine : ANAES, mai 2004, 31p.
- 8) C. DUPONT, A. TERMOZ, A.-L. CHARLOIS, et al. *Faisabilité et sécurité d'un suivi à domicile après un retour anticipé en post-partum: exemple d'un réseau de sages-femmes libérales et les services de la PMI*. Revue de médecine périnatale, mars 2009, vol.1, n°1, pp. 51-58.
- 9) Ministère de la santé. *Maternité : conditions à la réduction des séjours dans les hôpitaux*. Journal officiel du sénat, du 30.09.1999, page 3246.
- 10) Yvonne CARGILL, Marie-Jocelyne MARTEL. *Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement*. Déclaration de principe de la SOGC, avril 2007, n° 190, pp. 360-363.
- 11) M. VIAL, C. DALLOUL. *La sortie de maternité* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.chu-rouen.fr/ch-evreux/frprinci21.htm>> (consulté le 22.12.2009)
- 12) Marc COLLET. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Études et résultats de la DREES, septembre 2008, n°660, pp. 1-6.
- 13) Ministère de la santé et de la protection sociale. *PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 10 novembre 2004, 44 p.

- 14) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé*, novembre 2001, 72p.
- 15) Fac de médecine de Strasbourg. *Suites de couche pathologiques* [en ligne]. Disponible sur : <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/suite_couches_patholo.pdf> (consulté le 15.11.2009)
- 16) Anne DANION-GRILLIAT, Daniel SIBERTIN-BLANC, Marie-Rose MORO, et al. *De la conception à la naissance- les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096553548261&LANGUAGE=0>> (consulté le 15.11.2009)
- 17) J.CHAPPLE, P. COOKE, J. C. GIRLING, et al. *Le nouvel art de la sage-femme. Sciences et écoute mises en pratique*. 1^{ère} éd. version française. Paris : Elsevier, 2004, 418p. ISBN : 2-84299-577-5.
- 18) Paul VERT, Michel ARTHUIS. *La première semaine de la vie*, présenté le 31.05.05 à l'Académie nationale de médecine, 7p.
- 19) Réseau Périnatal Lorrain. *Contexte réglementaire* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.reseauperinatallorrain.org/index.php?id=11>> (consulté le 20.12.2009)
- 20) FHP. *Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités. Fondamentaux* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.fhp.fr/d4d_editor_media/grossessesphysiologiquesv2def.doc> (consulté le 19.12.2009)
- 21) Ordre des sages-femmes. *Code de déontologie* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/deonto/prodeontcode0a.htm>> (consulté le 12.12.2009)
- 22) Ordre des sages-femmes. *Les compétences de la sage-femme* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/compet/procompetdef1.htm>> (consulté le 12.12.2009)
- 23) Association nationale des sages-femmes libérales. *L'exercice libéral* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.ansfl.org/page.php?id=34>> (consulté le 23.12.2009)
- 24) HAS. *Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations professionnelles*, Saint-Denis La Plaine : HAS, avril 2005, 51p.
- 25) L'assurance maladie. *Accompagnement par une sage-femme : du nouveau pour les mères* en 2008, avril 2008, 8p.
- 26) Service-Public.fr. *Protection maternelle et infantile (PMI)* [en ligne]. Disponible sur :

- <<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17431.xhtml>> (consulté le 28.12.2009)
- 27) Légifrance.gouv.fr. *Code de la santé publique*. Chapitre II [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3F412675D5D4A605F5C7A2E216A1B7EC.tpdjo15v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171124&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&dateTexte=20080314> (consulté le 28.12.2009)
- 28) Conseil général de la Moselle. *Liste des CMS* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.solidarite57.com/frontSite?controller=ViewPage&id=solidarite%23menu transversal%23cms%23liste>> (consulté le 02.01.2010)
- 29) Allaitement Informations. *Qui sommes-nous ?* [En ligne]. Disponible sur : <<http://www.allaitement-informations.org/presentation.html>> (consulté le 02.01.2010)
- 30) La Leche League. *Une association pour le soutien à l'allaitement maternel* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.lllfrance.org/Qui-sommes-nous/La-Leche-League-France.html>> (consulté le 02.01.2010)
- 31) Être Parents Naturellement. *Association de maternage en Moselle* [en ligne]. Disponible sur : <<http://etreparentsnaturellement.over-blog.com/>> (consulté le 02.01.2010)
- 32) Allo Parents Bébé. *Qu'est ce que Allo Parents Bébé* [en ligne]. Disponible sur : <<http://allopaparentsbebe.org>> (consulté le 02.01.2010)
- 33) Centre communal d'action sociale de Metz. *Le café des parents* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ccas-metz.fr/ccas_metz/menu_haut/petite_enfance/les_structures_d_accueil/autres_structures/le_cafe_des_parents> (consulté le 02.01.2010)
- 34) Réseau Périnatal Lorrain. *RAFAEL* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.reseauperinatalloirain.org/index.php?id=61>> (consulté le 13.02.2010)
- 35) A. BIOY, F. BOURGEOIS, I. NEGRE. *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques*. 1^{ère} éd. Saint-Etienne : Bréal, avril 2003, 144p. (IFSI, Formations paramédicales) ISBN : 2 7495 0118 0
- 36) Nathan pédagogie-Les pratiques de l'éducation. *Apprendre à mémoriser* [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.ien-landivisiau.ac-rennes.fr/memoire/memoriser.pdf> > (consulté le 15.03.2010)

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE :ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN MATERNITE	8
1. LA DUREE DE SEJOUR EN MATERNITE.....	9
1.1. Évolution de la durée du séjour.....	9
1.2. Les sorties précoces.....	11
1.3. Les répercussions de la diminution des durées de séjour.....	13
1.3.1. Le point de vue médical	13
1.3.2. Le point de vue des mères.....	14
2. LA PERIODE DU POST PARTUM	17
2.1. Les complications maternelles	17
2.1.1. Les complications physiques	17
2.1.2. Les complications psychologiques.....	17
2.2. Les complications chez l'enfant.....	19
3. LES AIDES POSSIBLES A DOMICILE	21
3.1. Le réseau périnatal lorrain.....	21
3.2. Les sages-femmes libérales.....	22
3.3. La protection maternelle et infantile	24
3.4. La maternité	25
3.5. Les associations.....	25
3.5.1. Sur l'allaitement	25
3.5.2. Sur la parentalité	26
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	28
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	29
1.1. Problématique	29
1.2. Hypothèses	29
1.3. Objectifs	29
1.4. L'outil de recherche	29
1.5. Terrain et durée de l'étude	30
1.6. Population concernée	30
1.7. Difficultés rencontrées	30
1.8. Biais	31
1.9. Points forts	31
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	32
2.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	32
2.2. Le séjour en maternité – Questionnaire n°1 de sortie	33
2.3. Questionnaire n°2 à 21 jours.....	43
TROISIEME PARTIE : LES PROPOSITIONS	51
1. DEMANDES ET ATTENTES PRINCIPALES DES MERES	52

1.1.	Concernant le séjour en maternité.....	52
1.2.	Concernant l'information en maternité	52
1.3.	Concernant les soins en maternité.....	55
1.4.	Concernant la préparation à la sortie de maternité.....	56
1.5.	Concernant le retour à domicile	57
1.6.	Le réseau de professionnels	57
2.	LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS.....	58
2.1.	Les bases de la communication.....	58
2.2.	La mémorisation	59
3.	L'INFORMATION PENDANT LA GROSSESSE.....	60
4.	PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE EN MATERNITE	61
4.1.	La nécessité de certaines informations à débattre	61
4.2.	Le développement de l'entretien d'accueil lors d'un allaitement maternel	62
4.3.	La création d'un service de consultation pour l'alimentation.....	62
4.4.	Des aménagements pour une période de « repos »	63
4.5.	Des séances d'informations en groupe à la maternité.....	64
4.6.	La réalisation d'une fiche contenant le vocabulaire usuel (ANNEXE 4)	64
4.7.	L'existence d'un professionnel référent.....	64
4.8.	L'instauration de transmissions communes auxiliaires puéricultrices/sages-femmes	64
4.9.	Les aménagements de l'examen de sortie.....	65
5.	PROPOSITIONS POUR AJUSTER LA PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE MATERNITE PAR RAPPORT AU RESEAU EXISTANT	66
5.1.	La création d'un dépliant	66
5.2.	L'utilisation d'autres moyens de communication.....	66
5.3.	Des séances de préparation à la parentalité réalisées par les sages-femmes libérales	66
5.4.	Un suivi soutenu et prolongé	67
5.5.	Une carte des secteurs de PMI mise à jour et coordonnées à disposition en maternité.....	67
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	69
	TABLE DES MATIERES	72
	ANNEXES.....	I

ANNEXES

ANNEXE I :

Fiche de synthèse des recommandations pour un retour précoce à domicile

8 POINTS À RETENIR

POUR UN RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE APRÈS ACCOUCHEMENT
DANS DES CONDITIONS FAVORABLES

④⑨ Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile.

④⑨ Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de décider un RPDA.

④⑨ Le suivi à domicile doit respecter un cahier des charges spécifique conforme aux présentes recommandations.

④⑨ Le raccourcissement du temps de séjour en maternité impose de réorganiser la chronologie de la préparation à la naissance et à la parentalité.

④⑨ Un RPDA bien organisé est une option sûre pour la mère et l'enfant.

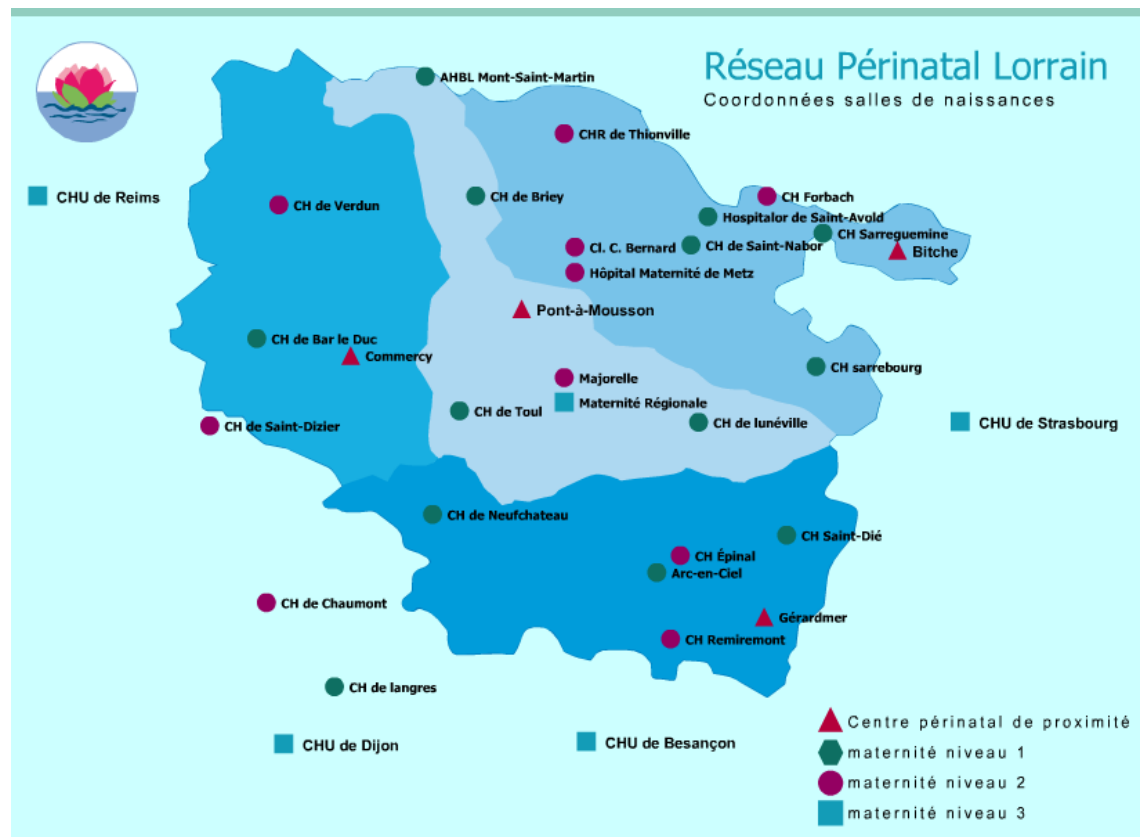
④⑨ La mère doit se sentir à l'aise, confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent.

④⑨ Le RPDA concerne les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social.

④⑨ Cette réorganisation s'intègre dans l'élaboration avec la mère du projet de naissance, où l'évocation précoce d'un possible RPDA a sa place.

ANNEXE II :

La carte du réseau périnatal



ANNEXE III :

Les principaux facteurs de vulnérabilité définis par la Haute Autorité de Santé

- Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

- Principaux facteurs de vulnérabilité

- Les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- La violence domestique, en particulier conjugale.
- Le stress traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- La dépression du post-partum est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- La naissance à haut risque psychoaffectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

ANNEXE IV :

Fiche en langue étrangère

Maternité – Maternity

Alimentation – Nutrition:

Allaitement – (breast-)feeding / (bottle-)feeding

Digestion – digestion

Eau – water

Lait – milk

Selles – stools / motions

Tisane – herbal tea

Urines – urines

Vitamine – vitamin

Bien être – Wellness :

Douleur – pain / ache (stomachache / headache)

Fatigue – tiredness

Moral – moral / spirits (humeur)

Sommeil – sleep

Stress – stress

Corps – body:

Abdomen – abdomen

Bras – arm

Bouche – mouth

Cheveux – hair

Cœur – heart

Doigt – finger

Dos – back

Estomac – stomach

Fesses - buttocks

Jambe – leg

Main – hand

Mamelon – mamilla / nipple

Nez – nose

Ongle – nail

Oreille – hear

Organes génitaux externes – external genitalia

Pied – foot

Poumon – lung

Thorax – thorax

Tête – head

Sein – breast

Yeux – eyes

Documents - documents:

Carnet de santé – child's health record book

Carte vitale – health insurance card
Déclaration de naissance – notification of birth
Livret de famille – family record book
Mutuelle – mutual (benefit) insurance company; friendly society (UK); benefit society (US)
Ordonnance – prescription
Sécurité sociale – social security

Matériel – equipment :

Biberon – (baby's feeding) bottle
Coque d'allaitement – breast shell
Compresse – compress
Couche – nappy (UK)/ diaper (US)
Crème – cream
Pansement – dressing
Produit désinfectant – disinfectant
Serviettes hygiéniques – sanitary towel
Slip – underpants / panties
Thermomètre – thermometer
Tire-lait – breasts-pump

Personne – person (pluriel : people) :

Bébé – baby
Frère – brother
Gynécologue – gynaecologist
Médecin – doctor
Mère – mother
Pédiatre – paediatrician
Père – father
Puéricultrice – paediatric nurse / nursery nurse
Sage-femme – midwife
Sœur – sister

Soins - care :

Agrafe – suture clip
Bain – bath
Change – change
Cordon – (umbilical) cord
Crevasse – crack
Désinfecter – disinfect
Fil – string
Infection – infection
Laver – wash
Pansement – dressing
Poids – weight
Pulsation – (heart)beat
Saignements – bleedings
Suture – suture
Température – temperature
Tension artérielle – blood pressure

ANNEXE V : Fiche coordonnées du carnet de maternité

Coordonnées

URGENCES

- Maternité _____
- SAMU **15** _____
- Pompiers **18** _____

● Médecin généraliste _____

● Obstétricien _____

● Sage-femme _____

● Lieu d'accouchement _____

● Pédiatre _____

● PMI _____

● Autres _____

● Mairie _____

● Caisse d'allocations familiales _____

● Organisme d'assurance-maladie _____

● Mutuelle _____

● Assistante sociale _____

● Aide ménagère _____

● Technicienne d'intervention sociale et familiale _____

● Association d'aide à la parentalité _____

● Association d'allaitement _____

ANNEXE VI: Dépliant proposé

A photograph of a man in a blue tank top holding a baby in a swimming pool. The man is looking down at the baby, who is looking up at him. The background is a deep blue, suggesting the water of the pool. The text is overlaid in a cursive font.

*Des mots sur
les maux de
bébé*



• L'alimentation	p. 4-7
▶ L'allaitement maternel	p. 4-5
▶ L'allaitement artificiel	p. 6-7
• Les regurgitations	p. 7
• Le hoquet	p. 8
• Les suppléments	p.8
• Son poids	p.8
• Les pleurs	p.9
• Les coliques	p. 10
• L' érythème fessier	p. 11
• Le muguet	p. 11
• Le sommeil	p.12
• Rhume, otite, bronchite, bronchiolite	p.13
• Quand consulter?	p. 14
• Son environnement	p. 15-16
• Son suivi	p. 17
• Qui appeler en cas de difficultés?	p.18-19
• Les URGENCES	p.20

L'allaitement maternel

Le lait maternel est toujours parfaitement nourrissant !
Seule la quantité peut varier

- Comment **ça** marche ?

Le **bébé** stimule l'areole et le mamelon en tétant. Plus il tetera plus la production en lait augmentera.

- La **fréquence** ?

Pendant l'installation de la lactation (environ 2 à 4 semaines), lui donner le sein aussi souvent qu'il manifeste sa faim, **même** toutes les heures à certains moments; à l'inverse, il peut parfois dormir plusieurs heures d'affilées (4 à 5 heures dans la journée et, bien sûr, ça peut être plus la nuit).

Au-delà, le nombre de **tétées** devient plus stable: en moyenne 6 par 24 heures avec parfois de nouveau quelques variations acceptables sur un jour ou deux.

- Comment?

- S'installer confortablement. Être détendue favorise la lactation. Bien caler le dos et le bras qui soutient le **bébé**.
- Votre **bébé** à son ventre contre votre ventre
- Sa bouche est bien en face du sein. Il ne doit pas tourner la tête ou la pencher pour teter. Ce serait plus difficile pour lui d'avaler.
- Il faut qu'il ouvre grand la bouche afin de prendre largement l'areole et pas seulement le mamelon. Lui toucher le menton l'incite à ouvrir sa bouche.

- Quand est-ce qu'il est efficace ?

- Selles : molles et fréquentes
- Urines : 5 à 6 couches mouillées / jour
- Cri tonique
- Bien **éveillé**
- Tonus franc



- Pour que les irritations du mamelon ne s'aggravent pas:

- Votre lait est aussi cicatrisant, étalez-en quelques gouttes sur le bout du sein **après** la **tétée**.

- Maintenez-le bien au sec entre les **tétées** (coussinets ou mouchoirs changes souvent...)
- Faites vérifier les positions du **bébé** au sein lors de votre séjour.

- L'engorgement (seins tendus, douloureux), que faire?

- Massages doux des seins
- Des douches à une température qui vous soulagent. On peut aussi utiliser un gant de toilette chaud et humide.
- Faire couler un peu de lait facilitera la mise en bouche de l'areole par le **bébé**. Le faire **téter** est ce qui soulagera le mieux vos seins.
- En cas de rougeur au sein et de forte fièvre, demander un avis à votre **médecin** ou sage-femme.

Le sevrage

- C'est arrêter totalement ou en partie de lui donner le sein pour lui donner un « lait » infantile et/ou pour commencer à lui proposer d'autres aliments que le lait (à 6 mois).
- Il doit **être** progressif pour éviter que vos seins ne s'engorgent de lait. Supprimez les **tétées** une par une, en **commençant** par les moins abondantes, celles du milieu de la journée. Supprimez ensuite celle du soir, et enfin celle du matin. L'**idéal** serait de pouvoir laisser une semaine entre chaque suppression de **tétée**. Si vous ne pouvez pas, gardez au moins un espace de deux ou trois jours.

L'allaitement artificiel

- **La durée** : variable, tout en évitant de dépasser 45 minutes
- **Frequence**: laisser environ 3 heures entre chaque biberon, tout en respectant le rythme du **bébé**. Il ne faut pas **être** trop strict dans les horaires des repas et essayer autant que possible de ne pas le réveiller.
- **Boissons**: proposer uniquement de l'eau faiblement **minéralisée** entre les biberons si l'enfant le réclame. Pas de jus de fruit avant six mois.
- **Les laits** :
 - Lait 1^{er} âge = **jusqu'à** 4-6 mois
 - Lait 2^e âge = de 4-6 mois jusqu'à 12 mois
 - Lait croissance = de 10-12 mois **jusqu'à** 3 ans
- **La préparation des biberons** :
 - **Sterilisation**: n'est plus recommandée à chaque utilisation. Sterilisez le biberon la première fois que vous l'utilisez et ensuite lavez-le soigneusement avec un écouvillon à l'eau chaude et au produit vaisselle. Le lave-vaisselle peut **être** également utilisé sauf pour les tétines.
 - 4 étapes:
 1. Lavez-vous les mains et nettoyez le plan de travail
 2. Utilisez de l'eau faiblement **minéralisée** (du robinet **après** s'être renseigné au **près** de la mairie pour savoir si sa **qualité** le permet ou de l'eau en bouteille avec une étiquette sur laquelle il est **noté** qu'elle convient aux nourrissons)
 3. Faire le mélange et bien agiter

II mesurette rase = 30 mL d'eau

4. Vous pouvez proposer le lait à température ambiante, si vous le réchauffez, vérifiez toujours la température.

• La quantité :

Le volume proposé pour chaque biberon est une moyenne, il doit **être** adapté à l'appétit de l'enfant et à sa corpulence. Ne le forcez pas à terminer.

Age	Quantité moyenne	Nbre biberons/jour
Fin 1 ^{ère} semaine	70-80 mL	6
Fin 2 ^e semaine	80-90 mL	6
Fin 3 ^e semaine	90-100 mL	6
1 ^{er} mois	110mL	6
2 ^e mois	120mL	6
3 ^e mois	150mL	5

Essayez de lui faire faire un rot une fois le biberon terminé et attendez un peu avant de le recoucher.

Les régurgitations

- Plus fréquente chez l'enfant nourri au biberon
- souvent dû au fait que le **bébé** boit trop vite parce que la tétine est largement percée
- généralement au moment du rot, rejet de lait caillé



Le hoquet

Il est provoqué par l'air que le bébé avale au cours de la tétée.
Il n'est pas douloureux et finira par disparaître, que vous fassiez ou non quelque chose.

Les suppléments

	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	Arrêt
Vitamine ADEC	800-1000 UI/j	400 à 800 UI/j	Jusqu'à 2 ans
Vitamine K	2 mg/sem	0	A l'arrêt de l'allaitement

Son poids

Il n'est pas nécessaire de le peser ni de prendre sa température tous les jours. S'il dort bien, mange bien, a des urines et des selles régulièrement, cri, se redresse, il n'y a pas à s'inquiéter.

Les pleurs

- **Un bébé en bonne santé peut pleurer.** C'est sa manière de s'exprimer. Il pleure sans doute pour des raisons très simples.

- Il a faim
- Il a sommeil
- Il est sale
- Il veut les bras
- Il veut un **câlin**
- Il y a trop de bruit ou trop de monde autour de lui.

→ Votre **bébé** pleure, plus rarement, parce qu'il est malade.

- **Que faire quand votre bébé pleure ?**

- Lui parler
- Lui donner un peu d'eau ou de lait
- Le bercer doucement
- Changer sa couche
- Le promener
- Faire un **câlin**
- Lui masser le ventre

→ Et après, le coucher au calme dans son lit.



- **Votre bébé continue pourtant de pleurer.**

Vous êtes **excédée**, vous êtes paniquée, vous ne savez plus quoi faire. Ne restez pas seule !

S'il fait un malaise, par jeu ou enervement, ne le secouez pas ! Cela :

- Peut-être dramatique pour le cerveau et les yeux
- Risque de laisser un handicap à vie.

Les coliques

- **Qu'est ce que c'est ?**

Ce sont des épisodes de pleurs et d'irritabilité extrême. Elles ont tendance à avoir lieu le soir et peuvent durer des heures, pour être suivies par des périodes durant lesquelles le bébé agit de façon normale et semble tout à fait à l'aise. La santé à long terme des bébés qui font des coliques n'est pas différente de celle des autres bébés.

- **Quand?**

Durant les 6 premières semaines de vie, mais pouvant durer jusqu'à 4 mois. Environ 20% des bébés présentent des coliques.

- **Que faire?**

- Bercez doucement votre bébé.
- Donnez-lui un bain chaud.
- Donnez-lui quelque chose à sucer (biberon, tétine)
- Réduisez l'intensité du bruit et de la lumière dans la chambre du bébé.
- Masser de façon circulaire son ventre avec une huile adaptée
- Nourrissez-le plus souvent mais en quantité moindre.
- Bien reconstituer le lait afin qu'il ne contienne pas trop de poudre et respecter les quantités de poudre par rapport aux quantités d'eau.
- Donner au bébé des tisanes de fenouil facilitant la digestion.

- **Doit-on s'inquiéter?**

- Le bébé boit-il facilement et normalement?
- La courbe de croissance est-elle normale?
- Le bébé urine-t-il et passe-t-il des selles normalement?
- En dehors des crises de colique, le bébé paraît-il détendu et content?
- Le bébé fait-il de la fièvre?

→ Si tout est normal en dehors des crises de colique, il n'y a pas lieu de s'inquiéter

L'érythème fessier

Il peut avoir de multiples causes, mais il est favorisé lorsque les changes ne sont pas assez fréquents et que les couches ne laissent pas circuler l'air.

Pour le traiter, lavez l'enfant à l'eau et au savon puis séchez bien la peau en tamponnant. Il est possible d'utiliser de l'eosine. S'il fait chaud, laissez votre bébé les fesses à l'air ou bien mettez lui une couche de façon très lâche afin que l'air puisse sécher l'érythème. Sur les conseils du médecin, des crèmes peuvent être utilisées.

Le muguet

C'est une infection de la bouche. L'enfant présente une langue blanche, des taches à l'intérieur des joues, ou des petits troubles digestifs. Sans gravité, il part avec un traitement adapté donné par votre médecin.



Le sommeil

Les 2 premières années d'un enfant sont primordiales pour sa vie de futur "dormeur". Au cours de cette période se développent les principales caractéristiques du sommeil, déterminantes pour un bon sommeil à l'âge adulte.

Caractéristiques du sommeil chez un nouveau-né

- Une durée globale de sommeil de 16 à 17 heures par 24 heures
- Des cycles de sommeil très nombreux : 18 à 20 heures par 24 heures
- Une répartition des cycles sur toute la journée : matin, après-midi, début ou fin de nuit (les parents disent souvent que le bébé "confond le jour et la nuit")
- Des états de sommeil équivalents à ceux de l'adulte

Chambre à part ou commune?

Faire dormir l'enfant dans la chambre des parents peut-être pratique surtout pour les mamans qui allaitent. Puis chacun doit, si possible, retrouver son espace. Au-delà de 6 mois, votre rôle est de lui apprendre à s'endormir seul.

Votre bébé pleure, que faire ?

Attendez un peu. Certains éveils, tout à fait normaux, peuvent se manifester ainsi. Le bébé se rendort rapidement. Si les pleurs persistent, assurez-vous qu'il n'a pas d'inconfort et qu'il peut se rendormir par lui-même. Évitez de le sortir de son berceau.



Rhume, otite, bronchite, bronchiolite...

Inutile de s'alarmer au moindre symptôme. La plupart des petites maladies des enfants (angines, otites, rhinopharyngites par exemple) guérissent en 1 ou 2 semaines. Elles passent par des étapes nécessaires. Fièvre, toux et nez qui coule, sont en fait la preuve de l'action de leurs défenses. Faire preuve de patience et attendre 2 ou 3 jours que les premiers symptômes se développent. Cela permet à votre médecin d'établir un diagnostic correct.

Les mesures préventives

- Se laver systématiquement les mains à l'eau et au savon avant de s'occuper d'un bébé.
- Éviter:
 - d'emmener le nourrisson dans des lieux publics où il pourra se trouver en contact avec des personnes enrhumées (transports en commun, centres commerciaux, hôpitaux, etc.) ;
 - d'échanger, dans la famille, les biberons, sucettes, couverts non nettoyés
 - d'exposer le nourrisson à des environnements enfumés qui risquent d'aggraver la maladie.
- Veiller à une aération correcte de la chambre tous les jours.



Les mesures en période d'épidémie ou quand on est enrhumé

- Si on a un rhume, porter un masque (en vente en pharmacie) avant de s'occuper d'un bébé.
- Éviter d'embrasser les enfants sur le visage (et en dissuader les frères et sœurs fréquentant une collectivité)

Quand consulter ?

- **Consulter un medecin immédiatement en cas de :**

- chute ou traumatisme
- fièvre de plus de 38°C
- vomissements en jet
- sang dans les selles ou les vomissements
- respiration sifflante ou anormale
- **bébé** refuse de boire depuis plusieurs heures

- **Consulter un medecin prochainement en cas de :**

- pleurs excessifs nouveaux inexpliqués
- **bébé** arrête de prendre du poids
- les coliques continuent **après l'âge** de 4 mois



Son environnement

- **Comment coucher votre enfant ?**

- Avoir un lit à sa dimension et un matelas ferme
- Coucher votre enfant sur le dos
- La température **idéale** de la chambre est de 19°C
- Si vous avez un lit à barreaux, vérifier leur écartement que votre enfant ne puisse pas passer sa **tête**
- Aucun animal ne doit rester dans sa chambre, il pourrait se coucher **près** de son visage et l'empêcher de respirer
- Éviter tout collier, chaîne ou cordelette avec sucette qui risquent de l'étrangler
- Poser le transat, le couffin ou le **pèse-bébé** par terre, jamais sur un meuble, à force de mouvements, il pourrait glisser

- **La voiture**

- Lors d'un voyage, prévoyez un biberon d'eau et proposez lui régulièrement à boire. Utilisez aussi les pare-soleils latéraux, les enfants sont plus sensibles au soleil!
- Ne laissez jamais un enfant seul dans une voiture, avec la chaleur, les nourrissons se déshydratent rapidement
- Ne tenez jamais votre enfant sur vos genoux, en cas de freinage brusque ou de choc, vous ne pourrez pas le retenir
- Pour le protéger des chocs, utilisez un **siège** coque « dos à la route », **placé** à l'avant ou à l'arrière de la voiture à l'aide de la ceinture de **sécurité**



- **Le biberon**

→ Pour vérifier que le lait n'est pas trop chaud, il suffit de faire couler quelques gouttes sur l'avant-bras. S'il est en verre, la température extérieure est parfois trompeuse.

→ Agitez le biberon avant de tester la température du lait

- **Le bain**

→ Prenez l'habitude de bien veiller à la température de l'eau, les brûlures peuvent être graves

→ Faites toujours couler l'eau froide avant l'eau chaude et terminer par l'eau froide afin de refroidir le robinet

→ Les anneaux, coques ou transats en plastiques permettent de ne pas tenir votre enfant pendant le bain mais en aucun cas ne vous autorisent à vous absenter, même un court instant

- **La mort inattendue du nourrisson ?**

→ Elle n'est pas due qu'à une seule cause. On sait maintenant que l'environnement de l'enfant joue un rôle important. Grâce à la modification des pratiques de couchages, le nombre de mort inattendue a chuté de 75% depuis 1992. Le risque est le plus important lors de sa première année.

Des gestes simples permettent d'éliminer les principaux risques :

- Le faire dormir sur le dos.
- Le coucher dans un lit rigide, à sa taille, sans oreiller ni couverture.
- Lui mettre un surpyjama, une gigoteuse ou une turbulette à sa taille.
- Température de la chambre : 18-20°C, en cas de fièvre pensez à le découvrir

- **Par qui?**

Par un **pédiatre** de votre choix ou un **médecin généraliste** réalisant le suivi d'un nourrisson.

- **Quand?**

- **Première année** : 9 examens

• examen du 7^e jour ou examen de sortie de maternité

• 1 mois **après** l'accouchement

• au cours des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e mois

• au cours des 9^e et 12^e mois

- **2^e année** : 3 examens

Au cours des 16^e, 20^e, et 24^e mois

- 2 examens l'an jusqu'à sa 6^e **année**



→ TOUS CES EXAMENS SONT REMBOURSES INTEGRALEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE.

- **Vaccinations? Dès la première année !**

La vaccination est un geste médical qui permet de développer l'immunité de l'enfant face à certaines agressions microbiennes graves. Presque toutes les vaccinations s'effectuent avant l'âge de 18 mois. Par la suite, la vaccination continue sous forme de rappels. Il est donc essentiel pour les parents de présenter le carnet de **santé** de l'enfant 10rs de chaque visite au médecin.

Qui appeler en cas de difficultés ?

- Les sages-femmes **libérales** : (au choix dans la liste)
→ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/bases/annuaire/lib/reponse/libe.php>

Nom :
Téléphone :

- Les puericultrices de la Protection Maternelle et Infantile (selon votre lieu d'habitation)

Nom :
Téléphone :
Adresse :

- Votre **médecin généraliste**

Nom :
Téléphone :

- Votre **pédiatre**

Nom :
Téléphone :

- La maternité

Nom: Hôpital Maternité de Metz
Téléphone : 03.87.34.51.74

- Des associations d'aide à la parentalité

→ *Etre parents naturellement*

Site: <http://etreparentsnaturellement.over-blog.com/>

→ *A110 parents bébé*

Numero vert: 0 800 00 3456

Site : <http://www.alloparentsbebe.org/>

→ *Le café des parents*

31, rue Dupont des loges 57000 METZ

Téléphone : 03.87.69.04.36

Horaires : du mardi au samedi de 14h00 à 18h00

- Des associations d'allaitement

→ *Allaitements informations*

Site : <http://unlhealthementhe.over-blog.com/article-allaitement-informations-mosele-45618342.html>

Téléphone (7j/7, de 8h à 22h) : 03.87.52.80.16

→ La Leche League

Site: <http://www.lllfrance.org/>

Les Urgences

SAMU
15

Pompiers
18

Centre
antipoison :
03.83.85.26.26

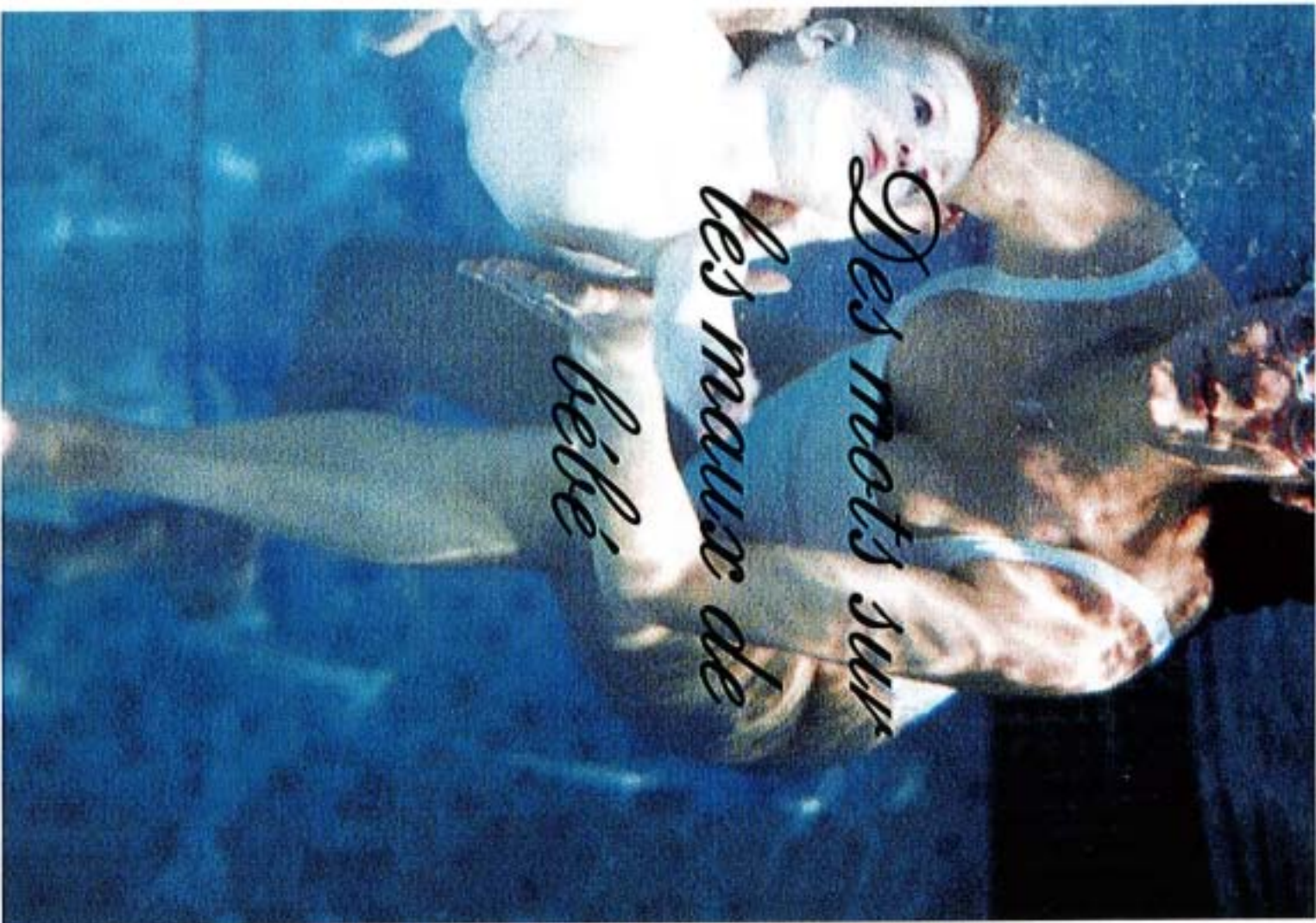
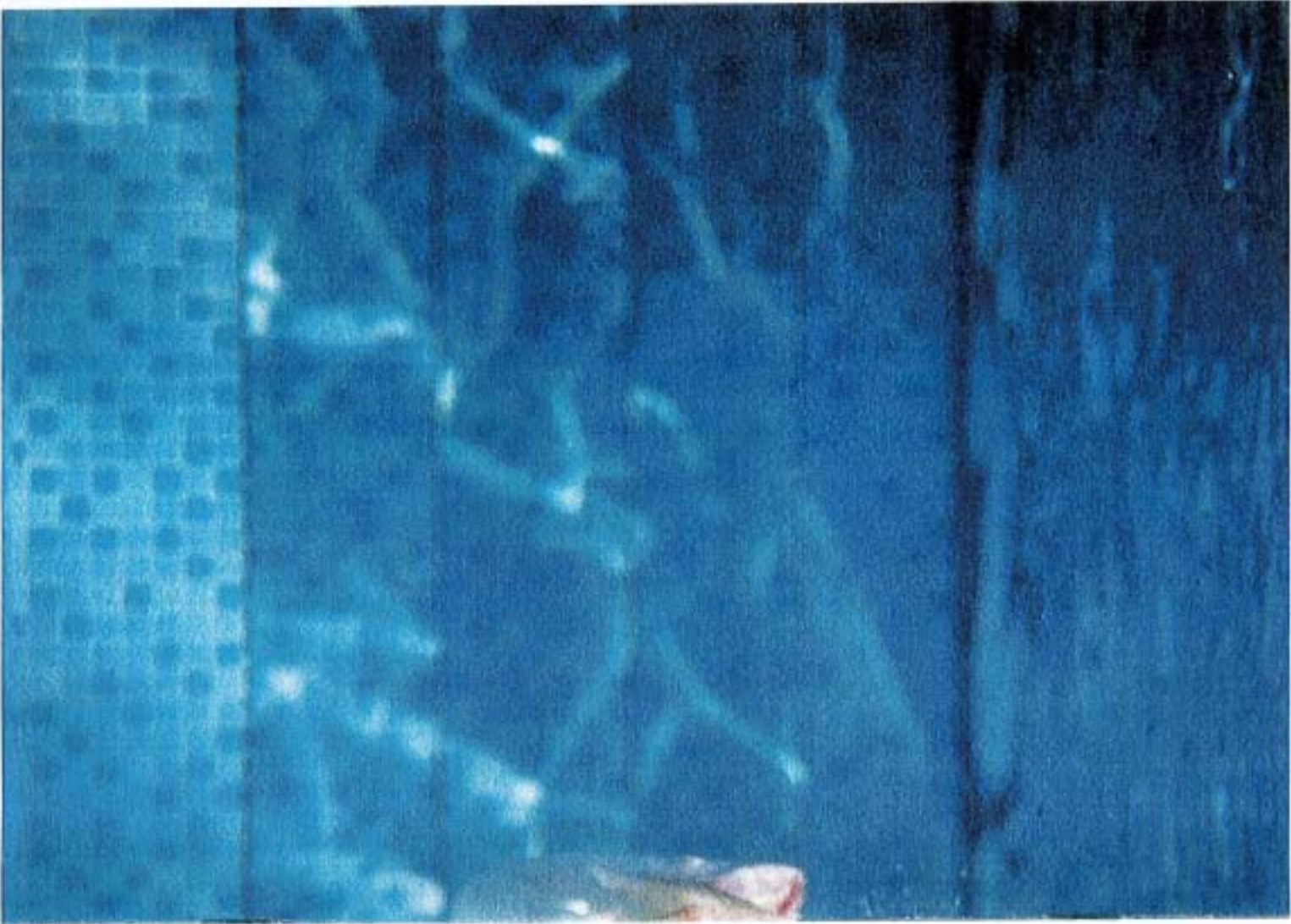


Alia enfance
en danger
119

SOS femmes
03.87.75.29.30

Sources

- Vous accompagner... *La maternité. naissance (L'assurance maladie)*
- Avec l'enfant vivons la **sécurité**, prévention des accidents de la vie courante (L'assurance maladie, INPES)
- La **santé** vient en mangeant. Le guide nutrition de la naissance à trois ans (Programme national nutrition sante, septembre 2004)
- La bronchiolite (INPES)
- Ne secouez pas votre **bébé**, il est fragile (Conseil **général** du Var)
- Attendre **bébé**, Hachette, édition 2007 (**René** Frydman, Christine Schilte)



ANNEXE VII :

« Questionnaire de sortie »

❖ Contexte socio-économique

- Quel âge avez-vous?
- De quelle origine êtes-vous ?
- Quelle est votre profession ?

❖ Contexte familial

- Êtes-vous : ☐célibataire ☐en couple
- Votre conjoint est-il souvent absent ? (voyage, travail) ☐oui ☐non
- Y a-t-il des enfants de bas âge dans votre entourage ? ☐oui ☐non
- Est-ce que votre famille (ou celle de votre conjoint) est présente et peut vous aider en cas de besoin ? ☐oui ☐non

❖ Grossesse et accouchement

- Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ? ☐oui ☐non
- Comment avez-vous vécu votre grossesse ? (0 à 10)
0= très mauvais à 10= super
- Comment avez-vous vécu votre accouchement ? (0 à 10)

❖ Séjour en maternité

- Quel jour et à quelle heure êtes vous arrivée en maternité ?
- Le séjour en maternité s'est-il bien déroulé ? ☐ oui ☐ non
Si non pourquoi ?
- Quelles étaient vos attentes lors de votre séjour en maternité ? (les trois principales)
- -
 -
- A-t-on répondu à vos attentes ? ☐ oui ☐ non
Si non lesquelles :
- Vous a-t-on distribué des plaquettes informatives ? ☐ oui ☐ non
Lesquelles :
- Vous a-t-on donné une liste de personnes à joindre en cas de besoin ? ☐ oui ☐ non
Lesquelles :
- ***En ce qui concerne le bébé, durant votre séjour, a-t-on abordé avec vous :***
- Surveillance du poids ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus
 - Surveillance de la température ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus
 - Rythme de sommeil ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus
 - Soins du cordon ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus

- Montrer ☐oui ☐non
- Appris à faire ☐oui ☐non
- Change ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Montrer ☐oui ☐non
 - Appris à faire ☐oui ☐non
- Bain ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Montrer ☐oui ☐non
 - Appris à faire ☐oui ☐non
- Si vous allaitez, vous a-t-on expliqué :
 - Signes d'une tétée efficace ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Signes de satiété ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Durée et fréquence des tétées ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Le sevrage ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
- Si vous n'allaites pas :
 - Préparation des biberons ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Type de lait ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Dose de lait ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
- Stérilisation et lavage du matériel ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
- A-t-on abordé avec vous la prévention de la mort inattendue du nourrisson ? ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Position de couchage ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Literie ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
 - Température de la chambre ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
- Ordonnance pour le bébé ☐avant ☐oui ☐non ☐confus
- Suivi par pédiatre ou médecin généraliste ☐avant ☐oui ☐non ☐confus

➤ ***En ce qui vous concerne, avez-vous eu, lors de votre séjour, des informations concernant :***

- | | |
|------------------------------------|--|
| ▪ Saignements | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Suture | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Ordonnances | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Motifs de consultation possibles | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Contraception | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Rééducation périnéale | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Reprise du sport | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Retour de couche | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Reprise des rapports sexuels | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |
| ▪ Consultation post-natale | ☐ avant ☐ oui ☐ non ☐ confus |

❖ Son ressenti

- Auriez-vous souhaité rentrer à domicile plus précocement ou plus tardivement?

- Avez-vous eu l'occasion d'échanger avec l'équipe du jour de votre sortie ? Avez-vous eu le choix ?

- Vous sentez-vous prête à rentrer à votre domicile?

- Pensez-vous avoir encore besoin d'une aide ou d'une présence à la maison ?

- Avez-vous encore des questions ?

Je soussignée Mme _____, autorise Melle POPULIN Béatrice à me recontacter environ trois semaines après la sortie de maternité pour la deuxième partie de son enquête.

Téléphone et opérateur :

Adresse :

Date

Signature

ANNEXE VIII :

« Questionnaire à 21 jours »

- Depuis votre retour à domicile, avez-vous éprouvé des difficultés ? ☐ oui ☐ non
Si oui lesquelles :

- Avez-vous eu besoin de l'aide d'un professionnel de santé ? ☐ oui ☐ non
Si oui à quel sujet:

- Saviez-vous à qui vous adresser ? ☐ oui ☐ non

- Qui avez-vous contacté ?
- ☐ La maternité ☐
 - ☐ Une sage-femme libérale ☐
 - ☐ Un gynécologue ☐
 - ☐ La PMI (Protection Maternelle et Infantile) ☐
 - ☐ Les urgences gynécologiques ☐
 - ☐ Les urgences pédiatriques ☐
 - ☐ Association pour l'allaitement ☐
 - ☐ Autres :

Si vous avez contacté plusieurs personnes, classer les par ordre chronologique en les numérotant

- Connaissez-vous tous ces professionnels ? ☐ oui ☐ non
Si non lesquels ne connaissez-vous pas :

- Avez- vous eu des difficultés pour les joindre ? ☐oui ☐non
- De quel type d'aide avez-vous bénéficié :
- Téléphonique ☐
 - Consultation à domicile ☐
 - Consultation externe ☐
 - Autres :
- Ont-ils répondu à vos attentes ? ☐oui ☐non
- Avez-vous eu besoin de poser des questions à votre entourage ou de rechercher des informations ? ☐oui ☐non
A quel sujet :
- Qui avez-vous sollicité?
- Votre conjoint
 - La famille
 - Des amis
 - Internet
 - Des ouvrages, quel genre:
- Citez les 3 choses qui vous préoccupent le plus actuellement :
- -
 -
- Vous sentez vous stressée ? (0 à 10)
- Avez-vous ressentie une baisse de moral depuis votre retour à domicile ? (0 à 10)
- Si vous allaitiez, avez-vous continué à donner le sein ? ☐oui ☐non
si non pourquoi ?

- Auriez-vous aimé qu'on vous donne davantage d'informations à la maternité ? ☐ oui ☐ non
A quel propos :

- Auriez-vous aimé qu'on effectue davantage avec vous certains soins ? ☐ oui ☐ non
Lesquels :

- Qu'est-ce qui aurait pu vous aider pour préparer votre retour à la maison ou qui pourrait aider les autres mamans ?

- Une fois à la maison, qu'est-ce qui aurait pu vous aider ou aider les autres mamans ?

« Après de nombreuses consultations, échographies et séances de préparation, voici l'enfant tant attendu.

Cet être petit et fragile si différent de ce que j'imaginai. Mes gestes sont hésitants. J'ai peur de mal faire. Les professionnels me montrent comment lui donner son bain, le changer, me parlent d'allaitement, du sommeil, du suivi... l'après-midi les visites s'enchaînent. Le temps passe vite.

Ca fait déjà quatre jours qu'il est là, nous avons hâte de rentrer à la maison. Mais j'appréhende aussi. En sortant de la maternité je me sens comme lâchée, je sais que je ne verrai quelqu'un que dans un mois. J'espère être à la hauteur ».

A partir de deux questionnaires, un le jour de la sortie, l'autre trois semaines après, j'ai essayé de trouver des solutions pour faciliter la sortie de la maternité.

Les femmes sont satisfaites de la durée du séjour mais les informations en maternité ont besoin d'être plus développées, l'allaitement maternel plus encadré. Pour cela on pourrait imaginer des séances d'informations en groupe à la maternité, une consultation pour l'alimentation... Puis un suivi à domicile qui paraît une solution alliant les avantages d'être dans son environnement, rassurant, tout en bénéficiant de l'apport d'un professionnel de la santé.