



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes P. MORLANNE DE METZ

*Le retour précoce à domicile après
l'accouchement :*

*Etude de la satisfaction des primipares quant au
suivi à domicile par les sages-femmes libérales.*

Mémoire présenté et soutenu par

RAULIN Charlène

Formation 2005-2010

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes P. MORLANNE DE METZ

*Le retour précoce à domicile après
l'accouchement :*

*Etude de la satisfaction des primipares quant au
suivi à domicile par les sages-femmes libérales.*

Mémoire présenté et soutenu par

RAULIN Charlène

Formation 2005-2010

SOMMAIRE

Introduction	6
Partie I	7
1. Post-partum et sortie de maternité.	8
1.1. Le post-partum.	8
1.2. La Durée Moyenne de Séjour (DMS).	9
1.2.1. En France.	9
1.2.2. En Europe.	9
2. Sortie précoce de maternité.	10
2.1. Définition d'une sortie précoce de maternité.	10
2.2. Organisation du retour précoce à domicile.	10
2.3. Législation.	11
2.3.1. Plan périnatalité 2005-2007.	11
2.3.2. HAS : « Sortie précoce après un accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile ». Mai 2004.	12
2.3.3. HAS : « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ». Novembre 2005.	12
3. Psychologie du post-partum.	15
3.1. Installation des relations précoces.	15
3.2. Interaction mère/enfant.	16
3.3. Le baby-blues.	18
3.4. A domicile : lien mère/enfant renforcé.	18
4. Suivi du post-partum par la sage-femme a domicile.	20
4.1. Déroulement du suivi à domicile.	20
4.1.1. Concernant la mère.	21
4.1.2. Concernant l'enfant.	23
4.2. Intérêt pour les femmes et leur famille.	24
4.3. Rôle de la sage-femme:accompagnement et soutien psychologique	25
4.4. L'aide à domicile : un plus qui peut s'avérer utile.	27
4.5. Intérêt économique.	28
5. Intérêt de la mesure de satisfaction en milieu hospitalier.	29
5.1. Définition.	29
5.2. Enjeux.	29
5.3. Législation.	30
Partie II	31
1. Présentation de l'étude.	32

1.1	Problématique.....	32
1.2	Objectifs.	32
1.3	Hypothèses.	32
1.4	Modalités de l'étude.	33
1.5	Difficultés et biais.	34
2.	Présentation des résultats.	35
2.1	Premier questionnaire, distribué au 3ème jour du post-partum.	35
2.1.1	Renseignements généraux.	35
2.1.2	Grossesse et accouchement.	36
2.1.3	Séjour en maternité.	39
2.2	Deuxième questionnaire, réalisé 7 à 10 jours après la sortie de maternité.	44
2.2.1	Déroulement du suivi à domicile.	44
2.2.2	Satisfaction/ressenti des femmes.	46
	Partie III	53
1.	Analyse des résultats.	54
1.1	Avant la sortie de maternité.	54
1.1.1	Age de la population.	54
1.1.2	Grossesse et accouchement.	54
1.1.3	Enfant à la naissance et type d'allaitement.	55
1.1.4	Séjour en maternité.	55
1.1.5	Place du père.	56
1.1.6	Aisance quant aux différents soins au bébé et gestes liés à leur nouveau rôle de mère.	56
1.1.7	Attentes particulières vis-à-vis des sages-femmes libérales.	57
1.2	Après le suivi à domicile.	58
1.2.1	Déroulement du suivi à domicile.	58
1.2.2	Satisfaction du déroulement du suivi à domicile.	60
1.2.3	Satisfaction du rôle de la sage-femme.	61
1.2.4	Vers une sortie encore plus précoce ?	62
1.2.5	Suggestions pour améliorer le dispositif.	63
2.	Propositions.	64
2.1	Information des patientes.	64
2.2	Projet de « sorties ultra-précoces ».	65
2.3	Repenser la préparation et l'accompagnement à la parentalité, en maternité et lors du suivi à domicile ?	66
	Conclusion	68
	Bibliographie	69
	Annexes	II

Introduction

Le nombre de naissances par an en France est en constante augmentation depuis quelques années, réalisant ainsi une hausse de 9% entre 1998 et 2008. Parallèlement à cela, de part les restrictions budgétaires, le manque de professionnels et de « lits » en maternité, ainsi que l'évolution des demandes des familles, la durée moyenne de séjour en maternité ne cesse de diminuer.

Le retour précoce à domicile après l'accouchement répond ainsi à ces difficultés, sous réserve qu'il soit soigneusement organisé, choisi ou entièrement accepté.

Les précédents mémoires réalisés sur le sujet abordent l'information des sorties précoces de maternité, l'organisation du suivi à domicile par les sages-femmes libérales ou l'aspect d'accompagnement en maternité avant ces sorties.

Lors de mes stages effectués à la maternité Bel-Air de Thionville, j'ai constaté que les primipares, bien que n'ayant aucune expérience antérieure de la maternité, étaient particulièrement demandeuses de sortir au plus tôt de la maternité après leur accouchement.

Que recherchent-elles dans ce mode de sortie ? Sont-elles satisfaites des moyens mis en place lors du suivi à domicile par les sages-femmes libérales ?

Afin de répondre à la problématique, j'étudierai, dans une première partie le post-partum et l'évolution de la sortie de maternité, la sortie précoce précisément et son cadre réglementaire, puis la psychologie du post-partum et le suivi de cette période par la sage-femme libérale à domicile. Je conclurai cette première partie par une étude de l'intérêt de la mesure de la satisfaction en milieu hospitalier.

Dans une seconde partie, je présenterai mon enquête menée auprès des primipares sorties au 3^{ème} jour après l'accouchement, ainsi que les résultats.

Enfin, dans la 3^{ème} partie, j'exposerai l'analyse des résultats obtenus et tenterai de proposer des solutions quant aux conclusions établies.

Partie I

Le post-partum et le suivi à domicile par la sage-femme libérale.

1. POST-PARTUM ET SORTIE DE MATERNITE.

1.1. Le post-partum.

Il n'y a pas de définition officielle du « post-partum », également appelé « suites de couches ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désigne cette période comme allant d'une heure après l'accouchement jusque 6 semaines après. Cette période de 6 semaines correspond très bien aux traditions culturelles de nombreux pays où, très souvent, les 40 jours suivant la naissance sont considérés comme la durée nécessaire au rétablissement de la mère et du nouveau-né. Dans beaucoup de pays, c'est à ce moment-là qu'on prévoit une visite et un examen postnatals de routine. C'est également après cette période de 6 semaines que le corps de la femme a retrouvé son état non gravide, l'utérus et le vagin ayant repris leurs proportions habituelles. Les modifications physiologiques liées à la grossesse, comme l'augmentation du débit cardiaque et du volume sanguin, des liquides extracellulaires (œdème) et les changements de composition du sang, ont disparu. [19]

Notre société contemporaine valorise énormément la grossesse. La femme enceinte, le bébé et le père sont très valorisés, alors que les suites de couches sont un secteur un peu délaissé en maternité.

Dans les sociétés traditionnelles la grossesse est envisagée autrement, il n'y a pas de préparation à l'accouchement, pas de surveillance rapprochée. En revanche, les suites de couches sont extrêmement codifiées, extrêmement précises. Il y a beaucoup d'interdits, de choses à faire ou à éviter. [13]

1.2. La Durée Moyenne de Séjour (DMS). [11 ; 14]

1.2.1. En France.

Au début du XXème siècle, l'accouchement avait lieu en général à la maison. La sage-femme se rendait à domicile afin d'accompagner et d'aider la mère pour la naissance de son enfant.

Puis, avec les progrès de la médecine, l'accroissement des naissances après la guerre et la quête d'une sécurité afin de diminuer le taux de mortalité maternelle et infantile, la majorité des accouchements vont se faire dans des maternités. La durée moyenne de séjour en 1950 était alors de 12 jours.

Au fil des années, les petites maternités ont fermé leurs portes au profit de grands centres hospitaliers, entraînant une diminution du temps de séjour après l'accouchement. Ainsi, ce dernier était d'environ 8 jours dans les années 70.

Depuis le Décret du 9 octobre 1998 qui redéfinit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé dans les domaines de l'obstétrique, la néonatalogie et de la réanimation néonatale, la durée moyenne de séjour après un accouchement n'a cessé de diminuer pour se situer en 2007 à 4,4 jours.

1.2.2. En Europe.

La durée moyenne de séjour en Europe est quant à elle beaucoup plus courte qu'en France, pour un taux de mortalité maternelle et infantile voisin. Cependant le système de santé n'a pas la même organisation.

Ainsi, en Angleterre, la durée de séjour après un accouchement est extrêmement courte : 60% des femmes rentrent chez elles le jour même ou le lendemain d'un accouchement eutocique.

En Suède ou en Finlande, la plupart des mères accompagnées de leur nouveau-né sont rentrés à la maison avant 4 jours ; et au Danemark, la majorité des femmes repartent 24 heures après la naissance.

Dans tous ces pays, un suivi quotidien est assuré à domicile par une sage-femme, pendant plusieurs jours après la sortie.

2. SORTIE PRECOCE DE MATERNITE. [17]

2.1. Définition d'une sortie précoce de maternité.

La Haute Autorité de Santé (HAS, organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant) définit la sortie précoce de maternité comme une sortie survenant entre Jour 0 et Jour 2 inclus (Jour 0 étant considéré comme le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse, ou entre Jour 0 et Jour 4 inclus pour une naissance par césarienne.

Cependant, la plupart des maternités en France considèrent que la sortie est précoce lorsqu'elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour le service.

A titre d'exemple, dans le cas de la maternité de l'Hôpital Bel-Air de Thionville, le retour précoce à domicile est possible dès le 3^{ème} jour après un accouchement par voie basse, et à partir du 4^{ème} jour après une césarienne.

2.2. Organisation du retour précoce à domicile.

La diminution du temps de séjour hospitalier après une naissance est liée aux restrictions budgétaires, au manque de professionnels et de « lits » en maternité, ainsi qu'à l'évolution des demandes des familles.

L'organisation du retour à domicile est très précise et se déroule en deux temps.

Une information quant aux différents modes de sortie de la maternité et notamment le retour précoce, est préalablement donnée durant la grossesse (entretien prénatal précoce, séances de préparation à la naissance...).

Puis, après l'accouchement, dès que le retour précoce à domicile est demandé par la patiente ou proposé par le service en fonction des facteurs de

risque ; la femme choisit une sage-femme libérale dont le listing des coordonnées est disponible dans le livret d'accueil du service. La patiente téléphone alors à la sage-femme libérale qui convient avec elle, après accord, des modalités de suivi. La date de la 1^{ère} visite à domicile doit être fixée avant la sortie de la maternité.

2.3. Législation.

2.3.1. Plan périnatalité 2005-2007. [22] (Annexe I)

Le plan de périnatalité recommande « *plus d'humanité* », par la participation des usagers de santé : « suite au Plan Périnatalité 1995-2000, les commissions régionales de la naissance (CRN), au sein desquelles les usagers sont représentés, ont été créés par l'arrêté du 8 janvier 1999 modifié par l'arrêté du 16 novembre 2001. Par ailleurs, l'ordonnance du 4 septembre 2003 prévoit la représentation d'usagers au sein des conférences sanitaires. Les usagers seront ainsi appelés à donner leur avis, dans ce cadre, lors de l'élaboration et la révision des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire). La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération invite les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation) à associer étroitement les usagers à leur mise en œuvre. »

Il recommande également « *plus de proximité* », par la participation des sages-femmes libérales et la création de place d'Hospitalisation à Domicile sur l'ensemble du territoire : « [...] mesures : instructions transmises aux ARH et aux Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, visant à faciliter l'intégration des sages-femmes libérales dans les réseaux de périnatalité. »

2.3.2. HAS : « Sortie précoce après un accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile ». Mai 2004. [17]

Le Conseil scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), dans le cadre du programme d'élaboration des recommandations de pratique clinique, sur une proposition émanant de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes, a élaboré ce texte de recommandations paru en Mai 2004.

Ainsi, pour l'HAS, le bien-être physique, psychique et social de la mère et de son enfant et une meilleure prévention des pathologies sont les objectifs principaux de leur suivi dès le début de la grossesse et jusqu'après la sortie de maternité. Dans l'éventualité d'un retour précoce à domicile après l'accouchement (RPDA), ce constat impose la mise en adéquation des modalités du suivi avec le raccourcissement du temps de séjour en maternité. Dans un contexte de manque de professionnels et de places en maternité, de contraintes budgétaires et d'évolution de la demande des familles, le RPDA peut, selon les lieux et les structures de soins, être une option, une nécessité ou un souhait. La France n'échappe pas à ces tendances. Les débats sur la périnatalité et les modalités de sa prise en charge, qui sont le reflet des interrogations des professionnels et des usagers, concernent également le RPDA.

2.3.3. HAS : « Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ». Novembre 2005. [23]

Ces recommandations professionnelles accompagnent les mesures du Plan Périnatalité 2005-2007.

Il s'agit de deux séances individuelles que la sage-femme peut réaliser à domicile ou au cabinet, qui sont prises en charge du 8^{ème} jour suivant l'accouchement jusqu'à la consultation postnatale prévue entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement.

L'HAS évoque ainsi ces séances postnatales :

La littérature internationale et l'expérience des professionnels soulignent que les séances postnatales ne concernent pas que les sorties précoces. Elles sont profitables aussi aux mères n'ayant pas eu un séjour raccourci en maternité, pour s'assurer du transfert au domicile des compétences développées durant les séances prénatales et à la maternité, améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement et améliorer le bien-être des femmes.

Le groupe de travail considère que la PNP effectuée durant toute la période prénatale, devrait être poursuivie après la naissance, dans les situations suivantes :

« ● *systématiquement à la maternité* après la naissance : sous forme de guidance ou de soutien individuel, et de séances collectives thématiques en fonction des besoins des femmes. Ces séances font partie de la démarche de soins ;

● *systématiquement en cas de sortie précoce* : les séances sont prises en charge dans le forfait d'accouchement [du jour de sortie à J 7 en cas de sortie précoce].

Les dispositifs prévus pour le renforcement des compétences et le soutien de la fonction parentale sont : l'hospitalisation à domicile, les services de la PMI, les *sages-femmes libérales*, les médecins généralistes et les pédiatres, les réseaux de santé ;

● *en cas de besoins particuliers* décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant : l'intervention de professionnels de santé pour un suivi éducatif et préventif prolongé en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents devrait être possible et prise en charge par le système d'assurance maladie. »

L'effet préventif des séances a été démontré sur la dépression postnatale lorsque les interventions postnatales sont précoces et prolongées, en particulier chez les mères à risque, le risque étant évalué de manière variable selon les études. Quelle que soit la population de femmes, les interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions en groupe.

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du *post-partum* ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

La poursuite de la PNP, notamment au travers des séances postnatales, suppose une entente et des modalités de coordination entre les différents intervenants.

3. PSYCHOLOGIE DU POST-PARTUM.

3.1. Installation des relations précoces. [16 ; 21]

La période de la naissance est cruciale pour l'installation des liens précoces car elle introduit les premières rencontres, dans la réalité, des parents avec leur bébé.

Au moment de la naissance, les parents passent de l'idée « d'avoir un enfant » à « être » et « savoir-faire » auprès de leur enfant. C'est une période hautement vulnérable car c'est une période de changement d'état : le couple devient parents, le bébé in-utéro (en situation de continuité) devient bébé rythmé par de la discontinuité (veille/sommeil ; faim/réplétion ; bien-être/douleur, etc.). De nouveaux soignants vont venir s'ajouter à ceux qui entourent déjà la mère. Le lieu de la maternité a cette grande chance de rassembler sous un même toit ces différents regards pour accompagner cette métamorphose et représenter un lien de transition rassurant. C'est un véritable changement de repères pour la mère enceinte sous haute protection (protégée, entourée) que de passer, avec le père, aux statuts de parents qui doivent se mettre au service de leur bébé afin de le protéger. Ils ne pourront le faire que s'ils se sentent eux-mêmes en sécurité, c'est-à-dire reconnus dans leurs compétences naissantes, dans leur savoir-faire qui peut s'appuyer sur leur propre perception de cet enfant et non pas seulement sur « ce qu'il faut faire ». Ces temps d'adaptation et d'ajustement réciproques varient énormément d'une famille à l'autre (en fonction de la parité, des conditions des premières rencontres, des qualités de sensibilité personnelle des parents, de l'expressivité du bébé, de la place inconsciente de l'enfant dans le psyché parental, etc...).

Les sages-femmes accompagnent les femmes à un moment crucial du développement de cette histoire d'amour essentielle et fondamentale impliquant l'Homme et la société, la naissance et l'évolution de l'amour entre la

mère, le père et leur enfant. Les parents vont mêler à la grossesse et à la naissance de leur enfant l'histoire leurs propres relations, circonstances de vie et état d'esprit. Cette histoire sera le déterminant le plus puissant de la trajectoire de la relation entre les parents et l'enfant. Néanmoins, la grossesse et la naissance du bébé correspondent à l'éclosion de la famille. Les soins à la femme et leur ressenti seront un facteur important influençant la relation avec leur bébé.

3.2. Interaction mère/enfant. [15]

Par l'ensemble des communications que le nourrisson adresse à ses parents (pleurs, cris, sourires...), il contribue à déterminer leur vécu, leurs satisfactions, leurs angoisses, leur culpabilité et leur estime d'eux-mêmes en tant que parents. Le nourrisson influence la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit de ses parents. Les interactions constituent donc des échanges qui s'effectuent dans les deux sens : nourrisson / parents et parents / nourrisson.

Ces interactions sont de trois types : comportementales, affectives et fantasmatisques.

Les interactions comportementales sont les premières à se mettre en place et ce dès la naissance de l'enfant. Elles se définissent comme l'agencement du comportement du nourrisson avec celui de sa mère. Ces interactions sont directement observables et intéressent trois registres :

→ *Les interactions visuelles* : Dès les premiers jours, le regard constitue une modalité d'échange privilégiée. Pendant la tétée, la mère et le bébé tendent à se regarder (regard mutuel). Ce temps du regard est essentiel et illustre bien l'interaction bidirectionnelle. Le regard du nourrisson a des effets sur sa mère (effet gratifiant, valorisant) et en retour, le regard réciproque de la mère augmente la tendance du bébé à fixer les yeux de celle-ci. Le nourrisson est, à ce moment là, une personne déjà bien individualisée.

→ *Les interactions corporelles* : L'ensemble des échanges passant par le corps est appelé "dialogue tonique" et exprime les manières dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent; mais aussi la manière dont le nourrisson s'ajuste dans les bras du parent (holding). Il existe une véritable interaction entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux etc... Le "peau à peau" est aussi très important. S'y associent parfois caresses, chatouillements, "blottissements", baisers, effets de surprise... Les réponses du nourrisson aux stimuli de la mère sont perçues comme une incitation à continuer ou à interrompre.

→ *Les interactions vocales* : Les pleurs et les cris constituent le premier langage du bébé qui exprime ainsi, non seulement ses besoins mais aussi ses affects. Les réponses apportées par la mère représentent une modalité interactive quotidienne. En effet, les cris et pleurs déclenchent des affects intenses qui poussent la mère à agir pour mettre un terme à l'état de détresse supposé ("cordon ombilical acoustique"). Le vécu maternel des cris et pleurs du nourrisson peut s'exprimer, selon les cas, par des sentiments de doute, d'agressivité voire de désespoir.

Les mères parlent à leur bébé pendant la grossesse et dès les premières heures de vie. La prosodie du langage maternel, adressée au bébé, ses intonations, son timbre, son rythme, semblent souvent plus importante que le contenu des propos. Le nourrisson paraît entraîné, dans sa motricité, par la musique du langage maternel.

Les interactions affectives et fantasmatiques ne se mettent en place que plus tard dans le développement de l'enfant.

3.3. Le baby-blues. [12 ; 21]

Le blues du post-partum, également appelé baby-blues, est un syndrome dysphorique transitoire, aigu et bénin, qui concerne 30 à 80% des femmes selon les critères adoptés. La prévalence maximale se situe entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour après la naissance de l'enfant. Dans sa forme la plus typique, il dure de 12 à 24 heures. Il est spécifié principalement par la présence de pleurs, dépression et/ou exaltation de l'humeur, insomnie, irritabilité.

Les troubles de l'humeur ne durent généralement pas longtemps et disparaissent sans traitement.

La cause est mal connue et vraisemblablement plurifactorielle : effondrement du taux d'hormones, période de post-stress de l'accouchement, peur des nouvelles responsabilités...

Les femmes ont besoin de compréhension, d'écoute, de prise en considération de leurs sentiments, d'informations claires et enfin, elles ont besoin de soutien pratique.

3.4. A domicile : lien mère/enfant renforcé. [21]

Un bébé n'existe et ne « survit » psychiquement qu'au travers des relations qui s'établissent dans le maternage et le nursing entre lui et les personnes de son entourage.

Ainsi, la relation précoce mère-enfant va s'appuyer sur 3 notions fondamentales : la préoccupation maternelle primaire (Winnicott), articulée aux processus d'attachement, va conduire au processus de maternage (répondre aux besoins physiques et physiologiques du bébé, contribue à un échange de liens sélectifs et privilégiés, de l'ordre de la communication). Le bébé accédera à une certaine tranquillité émotionnelle à travers la cohérence des soins mais aussi dans le repérage d'un sentiment de continuité. Le domicile, lieu rassurant pour les parents, connu en anténatal, ne peut que contribuer à ce sentiment de

continuité à condition que les parents soient eux-mêmes dans une sécurité affective. Le repérage de cette continuité sera également facilité par la réduction du nombre d'intervenants (réduit aux parents et non à toute une équipe).

4. SUIVI DU POST-PARTUM PAR LA SAGE-FEMME A DOMICILE.

D'après le texte de « Recommandations pour la pratique clinique » concernant la sortie précoce après accouchement, il est dit que : « L'expérience des pays qui le pratiquent depuis de nombreuses années souligne que le RPDA est :

- sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé et choisi ou entièrement accepté ;
- mal vécu s'il est contraint voire imposé et potentiellement néfaste s'il n'est ni préparé, ni correctement organisé. » [17]

4.1. Déroulement du suivi à domicile. [17 ; 28] (Annexe II et III)

Le suivi à domicile s'appuie sur une organisation assurant la poursuite de l'accompagnement de la mère, le suivi médical et le dépistage des facteurs de morbidité maternelle et infantile. De plus, les visites permettent d'apprécier directement la situation psychosociale et familiale à domicile.

La 1^{ère} visite à domicile est systématique, le lendemain de la sortie de façon optimale ou au plus tard le surlendemain. Les 2^{ème} et 3^{ème} visites sont planifiées selon l'appréciation de la sage-femme en accord avec la mère.

Les familles ont les coordonnées d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24, en l'occurrence le numéro du service de maternité ainsi que celui de la sage-femme libérale, ce qui permet de les rassurer et de les adresser au professionnel adéquat en cas de besoin.

Les missions de la sage-femme libérale chargée du suivi à domicile sont nombreuses. Elles concernent la mère ainsi que l'enfant.

4.1.1. Concernant la mère.

Les objectifs sont :

- Favoriser un échange avec les parents sur le vécu du retour à domicile
- Pratiquer un examen clinique quotidien
- Pratiquer des examens complémentaires si besoin (bilan biologique et urinaire)
- Observer l'allaitement maternel et son efficacité
- Evaluer les capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né
- Vérifier la bonne prise du traitement prescrit et l'adapter si besoin
- Donner des conseils d'hygiène de vie
- Informer sur le retour de couches, la contraception (la prescrire si besoin), la reprise de la sexualité, l'intérêt de la visite post-natale et de la rééducation postnatale
- Vérifier la détention des coordonnées professionnelles assurant le relais en urgence
- Informer d'un relais possible par la puéricultrice de PMI ou autres associations (allaitement maternel, grossesse gémellaire...)
- Compléter et renvoyer à la fin du suivi la fiche de clôture à la maternité

L'apprentissage et l'éducation des mères doit se poursuivre et se compléter à domicile.

La mère doit être rassurée dans son savoir-faire, afin d'acquérir un sentiment de confiance et de compétence dans ses capacités à s'occuper de son enfant.

L'autonomie de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né doit être encouragée au maximum.

Le suivi à domicile favorise une observation et une évaluation globales des conditions de vie de la mère et de la famille, sur les plans matériel et affectif.

Les difficultés d'adaptation de la mère à son nouveau rôle doivent être repérées pour une éventuelle orientation vers le ou les professionnels adéquats.

Le suivi à domicile poursuit la surveillance débutée en maternité, tenant compte de l'évolution de la mère et de son enfant, ainsi que des conditions matérielles et sociales.

- La prise en compte du risque infectieux : il s'agit essentiellement d'infection urinaire, endométrite, mastite, infection de plaie périnéale ou de l'incision en cas de césarienne.

- La prise en compte du risque hémorragique : les signes d'anémie doivent être recherchés régulièrement, cliniquement et si besoin biologiquement.

- La prise en compte de la douleur : tous les composants de la douleur du post-partum doivent être pris en compte (tranchées utérines, césarienne, épisiotomie, allaitement) avec la même efficacité qu'à la maternité. La prescription doit être réévaluée lors des visites de suivi à domicile. La mère doit pouvoir être aidée dans la gestion du traitement, en cas de prises à la demande.

- La prise en compte de l'état psychique : l'anxiété maternelle est fortement liée à la fatigue et au manque de confiance en soi de la mère dans son nouveau rôle. Il importe que l'accompagnement à la parentalité soit axé, par le soignant, sur la prise de confiance et l'autonomisation.

- Le lien mère-enfant : les premiers jours de vie sont un moment privilégié pour apprécier au mieux la qualité du lien qui s'établit entre la mère et son enfant. Ce lien est un facteur essentiel du développement psychique de l'enfant. Son évaluation régulière à domicile est essentielle.

- L'accompagnement de l'allaitement maternel : le soutien à la mère qui allaite doit contribuer à la prise correcte du sein, à l'efficacité de la succion et au dépistage des signes de déshydratation de l'enfant (courbe de poids, mictions).

- Le soutien aux soins à l'enfant : il doit prendre en compte le bilan des acquis et s'adapter aux constatations successives faites à domicile. Il doit également favoriser l'autonomisation de la mère et sa réassurance.

4.1.2. Concernant l'enfant.

Les objectifs sont :

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

Le nouveau-né traverse, dans les premières heures et les premiers jours, une période d'adaptation à la vie extra-utérine constituée d'une extraordinaire série d'ajustements fonctionnels, métaboliques, respiratoires et circulatoires destinés au maintien des fonctions vitales.

◇ Le métabolisme énergétique et la consommation d'oxygène sont triplés dès la naissance.

◇ L'adaptation respiratoire, avec arrêt de la sécrétion et résorption du liquide pulmonaire, se fait en quelques heures. Par contre l'ajustement de la régulation chemo-sensible de la commande ventilatoire s'étend sur 2 à 3 jours.

◇ L'adaptation circulatoire comporte la montée de la tension artérielle sur 3 à 4 jours. La fermeture fonctionnelle du canal artériel, précédée d'une période de shunt bidirectionnel, s'étale, selon les enfants, sur 48 heures, la

fermeture anatomique étant bien plus tardive. La baisse des résistances vasculaires pulmonaires, initialement très rapide, ne sera complète qu'après 3 à 4 jours.

◇ La maturation rénale postnatale, que ce soit la filtration glomérulaire ou la fonction tubaire, se déroule sur une à deux semaines.

◇ Dans les premiers jours, les apports caloriques sont faibles, la ration calorique de 100 cal/kg nécessaire à l'équilibre (en particulier la thermorégulation) et à la croissance n'est atteinte qu'entre 5 et 7 jours ce qui situe initialement le nouveau-né dans un état de jeûne relatif.

◇ La montée laiteuse de la mère se situe entre le 2^{ème} et le 4^{ème} jour après la naissance, elle peut être retardée par une mauvaise succion de l'enfant et une fatigue maternelle.

◇ Parmi les fonctions dont la maturation est retardée, celle du métabolisme hépatique favorise un pic d'hyperbilirubinémie qui survient en moyenne le 4^{ème} ou le 5^{ème} jour.

Alors que la naissance se fait rarement sans l'usage de médicaments, l'imprégnation du nouveau-né par des médicaments hérités de sa mère et dont l'élimination peut être lente, peut retarder l'adaptation néonatale. Dans des conditions normales, les données de cette physiologie montrent que l'autonomie des grandes fonctions peut être acquise dans un délai de 3 à 5 jours, délai qui peut être nécessaire à l'observation d'une pathologie. Par conséquent, toute rupture de la surveillance de l'enfant durant cette période peut être cause d'un retard de diagnostic et donc de traitement.

4.2. Intérêt pour les femmes et leur famille. [7]

Le RPDA avec suivi par une sage-femme libérale est bénéfique pour les familles qui se retrouvent alors dans leur cocon protecteur. La triangulation : mère, père, bébé, se fait avec plus d'aisance, les deux parents peuvent

s'émerveiller sans compter devant leur enfant sans que l'un se sente chassé et l'autre abandonné comme cela peut se passer actuellement dans les institutions, après l'heure de la fin des visites.

A domicile, le père peut plus aisément participer aux différents soins du nouveau-né, ces derniers étant souvent « programmés » en maternité dans un souci organisationnel. Le père est également plus disponible pour seconder sa compagne, notamment la nuit, et lui permettre ainsi de se reposer plus facilement.

De plus, les femmes recherchent par le biais d'un suivi par une sage-femme libérale, la possibilité de ne recourir qu'à un seul intervenant (dans la majorité des cas), ce qui permet l'installation plus aisée d'une relation de confiance, même si la sage-femme n'a pas suivi la grossesse ; relation de confiance qui rendra la mère plus sûre d'elle et de ses capacités.

Le fait de se retrouver à domicile, entourée ou non de sa famille mais dans un environnement familial, permet à la mère d'être directement confrontée à son bébé, plus rapidement qu'à la suite d'un séjour classique en maternité. Mais l'avantage réside dans le fait que la mère sait qu'elle peut compter sur la sage-femme (ou un relais) pour trouver aide et/ou conseils si elle en a besoin, et ce, 24h/24.

4.3. Rôle de la sage-femme : accompagnement et soutien psychologique. [8 ; 16]

La sage-femme possède un statut médical à compétence définie et encadrée. Sa profession est régie par des textes réglementaires, dont le Code de Déontologie. Elle assure la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et les soins postnatals de la mère et de l'enfant, dans les limites de la physiologie. En cas de pathologie, la sage-femme collabore avec le médecin à la prise en charge de la mère et de l'enfant.

En période postnatale, ses compétences garantissent une prise en charge globale du couple mère/enfant. Sa formation initiale instaure un rôle essentiel d'accompagnement, d'éducation et de prévention auprès des couples.

De manière générale, la sortie de maternité signifie la rupture brutale avec un lieu de sécurité médicale et matérielle où à tout moment la mère et son bébé peuvent être aidés. A domicile, la mère, encore épuisée, doit trouver les ressources et la patience pour répondre aux besoins du nouveau-né tout en inaugurant, au jour le jour, et au fil des nuits, une organisation souvent laborieuse.

Les visites à domicile peuvent être plus ou moins longues. Contrairement à une chambre d'hôpital dans laquelle il est plus aisé d'entrer ou de sortir, chez elle la femme n'est plus considérée comme hospitalisée. Elle reçoit la sage-femme, lui ouvre sa maison et son intimité ; il est normal de respecter ses rythmes et de s'y glisser le plus naturellement possible.

Sans oublier le but de la visite : l'accompagner dans les débuts de l'allaitement, lui remontrer les soins à prodiguer au bébé si elle en a besoin, mais également toute la surveillance médicale de la mère et de l'enfant ainsi qu'une écoute attentive dans son nouveau rôle de mère.

L'arrivée d'un enfant signifie l'amorce d'une vie nouvelle que le couple entend réussir dans le but de l'épanouissement de celui-ci. Le passage du couple au trio bouleverse parfois sur tous les plans, l'organisation de la vie domestique et économique : nécessité de déménager, d'engager des travaux, d'acheter une deuxième voiture ou d'en changer, de trouver une place en crèche ou une assistante maternelle, etc... Tous ces soucis dont la responsabilité dépasse parfois la capacité de prise de décision des parents, s'ajoutent aux perturbations émotionnelles inhérentes à la grossesse.

Si ces grands problèmes sont évoqués, d'autres, en apparence mineurs, sont tus par timidité. Quel est le parent qui avouera ne pas être à l'aise avec le

change d'un bébé ? Dans une société d'hyper-performance, ne pas savoir donner des soins à un nourrisson apparaît risible. Et pourtant, cette ignorance peut être une source d'angoisses pendant des mois.

L'accompagnement pré- et post-partum est essentiel car il relie la vie utérine à la vie post-natale. Il permet que s'accomplisse la dynamique exprimée par Myriam Szejer : « [...] au bébé d'entrer dans la vie, à la mère de sortir de la grossesse ». Ce suivi continu aide la petite famille à se retrouver dans les liens de la complicité et de l'intimité patiemment tissés pendant des mois. Ce long accompagnement apparaît comme une prévention qui éloigne les risques de rupture relationnelle qui pourraient retentir sur la petite enfance.

4.4. L'aide à domicile : un plus qui peut s'avérer utile. [2 ;

26]

Le modèle hollandais de l'« aide maternelle » semble bien conçu : elle arrive au domicile dès le matin suivant la naissance. Selon les besoins, la présence au foyer d'autres membres de la famille pouvant aider, elle peut venir entre 3 et 8 heures par jour pendant 7 jours. Sa formation lui donne la possibilité d'assister la mère et l'enfant dans tous leurs besoins, s'occuper des autres enfants et assurer l'entretien de la maison, les courses et les repas de tous. Elle est aussi une assistante pour la sage-femme qui vient une fois par jour faire une visite.

Sur la région Thionvilloise il existe l'antenne d'une association qui vient en aide aux familles et qui peut notamment proposer ses services dans le cas des sorties anticipées de maternité. Il s'agit de l'Association Familiale d'Aide à Domicile (AFAD). Après une sortie précoce, la mère peut contacter cette association afin de bénéficier d'une aide-ménagère (possible après une 1^{ère} naissance depuis 2007). L'aide-ménagère peut intervenir pendant 3 mois jusqu'au 5 mois de l'enfant. La participation par heure restant à la charge de la famille se calcule à l'aide du quotient familial (ressources du dernier mois +

prestations familiales divisé par le nombre de parts, ce dernier étant de 2,5 pour une famille de 2 parents et 1 enfant).

En 2008, 999 usagers (femmes ayant accouché) ont bénéficié d'une aide-ménagère après la naissance de leur enfant, pour des activités d' « entretiens d'intérieur » et « repassage ».

4.5. Intérêt économique. (Annexe IV) [4]

La Sécurité Sociale rembourse à 100% les frais liés à la grossesse et à l'accouchement à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement (l'hébergement hospitalier n'étant pas inclus).

Le prix d'un séjour hospitalier en maternité est de 1218,40 € par jour, auquel il faut ajouter le forfait journalier de 18€ (au 1^{er} janvier 2010). Le séjour commence au 1^{er} jour d'hospitalisation de la patiente et se finit la veille de la sortie de maternité (le jour de la sortie n'est pas comptabilisé). La prise en charge est intégrale (100%) par la Sécurité Sociale si la femme est au régime local de Moselle. Dans le cas contraire, où la patiente n'est remboursée qu'à 80% par la Sécurité Sociale, il reste 243,68€ (soit 20%) ainsi que le forfait journalier à sa charge (sauf si elle possède une mutuelle qui peut prendre en charge ces 20%).

Pour la Sécurité Sociale le jour de l'accouchement est considéré comme Jour 1 (alors qu'il est considéré comme Jour 0 pour la maternité). L'intervention de la sage-femme à domicile est possible jusqu'au 7^{ème} jour après l'accouchement en cas de sortie précoce, soit correspondant à Jour 6 pour les sages-femmes. Le forfait journalier de surveillance à domicile, du jour de sortie au 7^{ème} jour est de 16 SF pour les deux premières visites (SF= 2,65 € soit SF16= 42,40€), et de 12 SF pour les autres visites. Il faut ajouter à cela les indemnités kilométriques ainsi que les éventuels suppléments de jours fériés et de dimanche.

5. INTERET DE LA MESURE DE SATISFACTION EN MILIEU HOSPITALIER.

5.1. Définition. [24]

Le terme satisfaction désigne la réaction du patient à son expérience personnelle dans les services selon deux approches :

- une évaluation cognitive (notion de connaissances)
- une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, processus et résultats des services.

Il s'agit de l'évaluation de la réponse aux attentes implicites et explicites du patient.

5.2. Enjeux. [18 ; 19]

Pour un établissement de santé, la mesure de la satisfaction de ses usagers permet d'éclairer les choix d'orientation relatifs à la politique Qualité et ainsi constituer une aide à la réflexion pour la détermination d'axes d'amélioration.

Au delà de l'intégration et du développement dans une démarche qualité, ce type d'enquête constitue un élément de la politique d'évaluation et représente un réel enjeu stratégique.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa définition de l'évaluation de la qualité des soins, a consacré cette position. Le recueil du point de vue des patients est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins, au même titre que la considération technique que pourront livrer les professionnels de santé.

Dans un contexte de gestion de changement des organisations et de prise en compte de données économiques dans le milieu médical, il s'avère essentiel

pour les établissements hospitaliers d'identifier les leviers de satisfaction « client » ainsi que les éléments pouvant générer une insatisfaction.

5.3. Législation. [17 ; 19 ; 24]

Evoquée dès 1947 dans une circulaire relatant l'intérêt de recueillir l'avis du patient sur le déroulement de son hospitalisation, la mesure de la satisfaction est obligatoire depuis l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

La loi du 4 Mars 2002 réaffirme l'importance de l'évaluation de la satisfaction du patient en créant dans chaque établissement une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge qui a pour mission de « *veiller au respect des droits des usagers, de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, et de faciliter les démarches des patients souhaitant exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement* ».

La mesure de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire qui s'inscrit dans le cadre de la procédure d'accréditation, et qui « *vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé* » (art. L.6113 du Code de la Santé Publique).

En ce qui concerne le retour précoce à domicile après l'accouchement (RPDA), l'HAS, dans son texte de recommandation de Mai 2004 stipule que : « L'évaluation d'un dispositif de suivi de RPDA doit être prévue dès sa mise en place, afin de vérifier l'absence d'effets délétères et l'existence de bénéfices du RPDA sur la santé physique et morale de la mère et de l'enfant. Des enquêtes ponctuelles permettent de mesurer la satisfaction des familles, des professionnels de la maternité et ceux assurant le suivi à domicile. L'évaluation régulière du programme de RPDA doit être prévue dans la charte de l'organisation du suivi à domicile ». [17]

Partie II

Enquête et résultats

1. PRESENTATION DE L'ETUDE.

1.1 Problématique.

Les primipares étant de plus en plus demandeuses de sortir de la maternité rapidement après l'accouchement, sont-elles satisfaites des moyens mis en place lors du suivi à domicile par la sage-femme libérale ?

1.2 Objectifs.

Les différents objectifs sont :

- Connaître le degré de satisfaction de ces primipares vis-à-vis du suivi à domicile par les sages-femmes libérales.
- Mettre en avant les points positifs ainsi que les points à améliorer quant à la préparation ou au suivi du retour précoce à domicile.
- Pouvoir éventuellement envisager un système de sortie encore plus précoce.

1.3 Hypothèses.

Il était supposé que :

- Les primipares ayant décidé de sortir plus tôt de la maternité après leur accouchement ne sont pas complètement à l'aise avec les soins au bébé et gestes liés à leur nouveau rôle de mère et ont donc des attentes par rapport à cela pour le suivi à domicile par les sages-femmes libérales.
- Le retour précoce à domicile après l'accouchement avec suivi par sage-femme libérale semble adapté pour la majorité des femmes, qui se sentent satisfaites du suivi à domicile.

- La majorité des femmes seraient favorables à une sortie encore plus précoce.

1.4 Modalités de l'étude.

Afin de répondre à la problématique et aux objectifs, j'ai choisi de distribuer un premier questionnaire (anonyme) à une population de primipares, lors de leur séjour à la maternité de l'hôpital Bel-Air de Thionville (services 91 et 92).

Ces primipares sélectionnées désiraient sortir au 3^{ème} jour suivant l'accouchement, le contact avec la sage-femme libérale étant déjà réalisé, suite à l'autorisation de l'équipe soignante.

L'enquête s'est poursuivie par un 2^{ème} questionnaire réalisé lors d'un entretien téléphonique 7 à 10 jours après la sortie de maternité, soit environ 10 à 13 jours après l'accouchement.

Au total, 30 patientes ont participé à l'enquête qui s'est déroulée du 1^{er} septembre 2009 au 28 novembre 2009.

La maternité de l'hôpital Bel-Air de Thionville.

Il s'agit d'une maternité de niveau II dont le chef de service est le Docteur WELTER. Elle est composée d'un secteur salle de naissances comportant 6 salles d'accouchement et 2 salles de pré-travail ; de deux secteurs de suites de couches d'une capacité de 20 lits chacun (services 91 et 92) ; ainsi que d'un secteur de gynécologie et d'un secteur de grossesses pathologiques.

En 2008, il y a eu 2649 naissances pour 2598 accouchements.

La convention de la maternité.

Suite au texte de recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) établi en Mai 2004, relatif aux « Conditions pour proposer un retour précoce à domicile » dans le cas des sorties précoces après

l'accouchement ; le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, représenté par Mme Véronique ANATOLE-TOUZET, Directrice Générale, a établi une convention relative à la « *continuité des soins dans le cadre du retour précoce à domicile des parturientes* ».

Cette convention, signée par 17 sages-femmes actuellement regroupées dans 17 villes dans un rayon de 40 km autour de Thionville, a entre autre pour but de répondre aux demandes d'accouchées présentant une évolution clinique et para clinique physiologique du post-partum et désirant sortir précocement de la maternité avec leurs nouveau-nés. De plus, le bien être physique, psychique et social de la mère et de son enfant, ainsi que la prévention des complications maternelles et infantiles sont les objectifs principaux du suivi à domicile.

1.5 Difficultés et biais.

Durant la période où j'ai réalisé mon enquête, j'ai pu distribuer 40 questionnaires.

Parmi ceux-ci, 9 ne me sont pas revenus, dont 2 dû au fait que les patientes ne sont finalement pas sorties au 3^{ème} jour. De plus, une patiente ayant répondu au 1^{er} questionnaire n'était pas joignable lors du 2^{ème} contact par téléphone.

La principale difficulté rencontrée était de pouvoir distribuer et récupérer les questionnaires en mains propres, n'étant pas toujours sur le site.

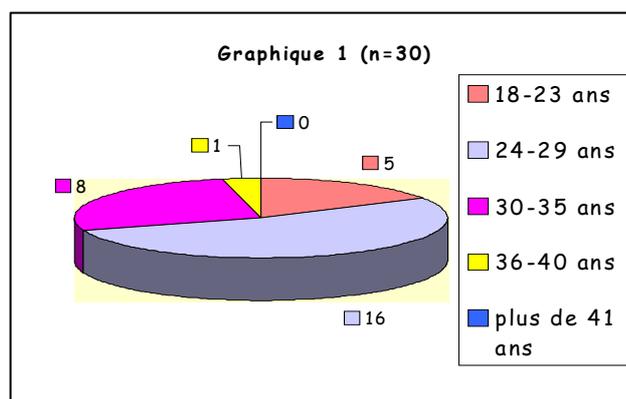
De plus, j'ai choisi pour mon enquête de n'interroger que les femmes sortant au 3^{ème} jour du post-partum (faisant référence à la définition propre de la Haute Autorité de Santé), alors que la maternité Bel-Air effectue également des sorties précoces au 4^{ème} jour du post-partum après un accouchement par voie basse (selon l'heure de réalisation du Guthrie).

2. PRESENTATION DES RESULTATS.

2.1 Premier questionnaire, distribué au 3ème jour du post-partum.

2.1.1 Renseignements généraux.

a) Age.



b) Situation familiale.

Toutes les femmes interrogées *vivaient en couple*.

c) Catégorie socioprofessionnelle.

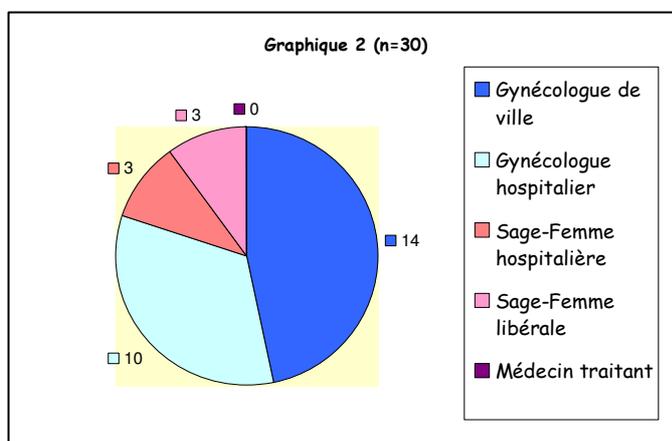
Sur les 30 femmes interrogées :

- 20 femmes appartenait à la catégorie « *Employés* »
- 3 femmes appartenait à la catégorie « *Cadres, professions intellectuelles supérieures* »
- 2 femmes appartenait à la catégorie « *Inactifs ayant déjà travaillé* »
- 2 femmes appartenait à la catégorie « *Autres sans activité professionnelle* »
- 1 femme appartenait à la catégorie « *Artisans, commerçants, chefs d'entreprise* »
- 1 femme appartenait à la catégorie « *Professions intermédiaires* »

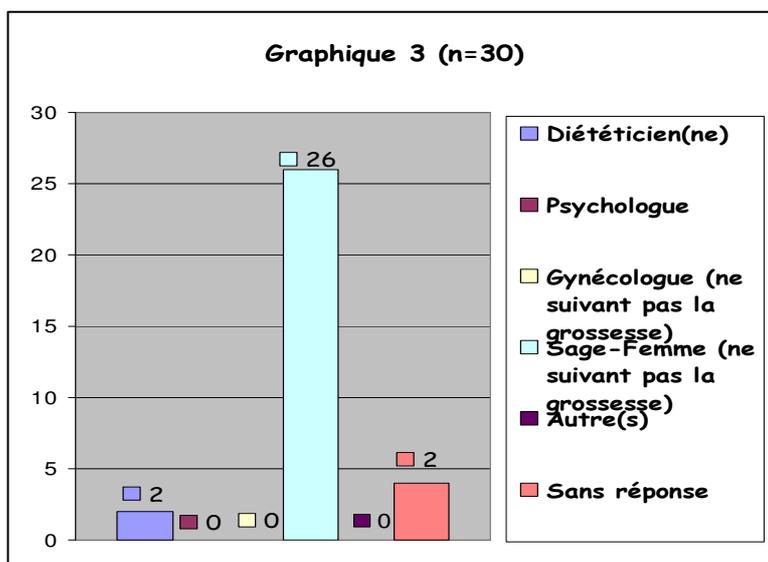
- 1 femme appartenait à la catégorie « *Ouvriers* »

2.1.2 Grossesse et accouchement.

a) Professionnel ayant suivi la grossesse.



b) Autre(s) intervenant(s) au cours de la grossesse.



Au cours de la grossesse, 26 femmes ont consulté une sage-femme libérale (ne suivant pas la grossesse). Le motif demandé et retrouvé unanimement est : « *lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité* ».

Les 2 femmes ayant consulté une diététicienne ont précisé comme motif : « *une prise de poids importante* ».

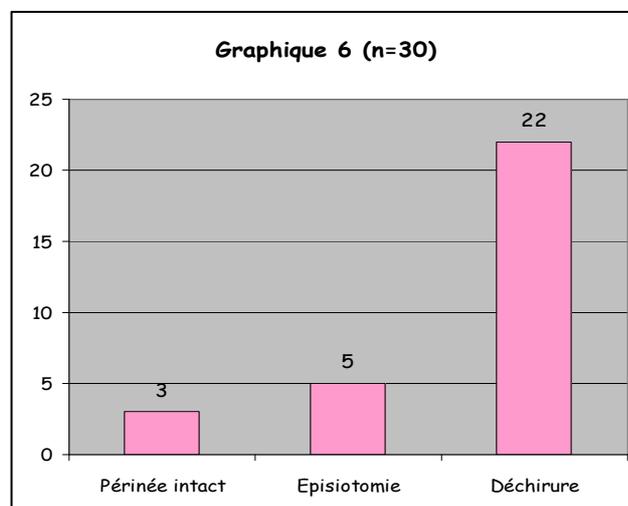
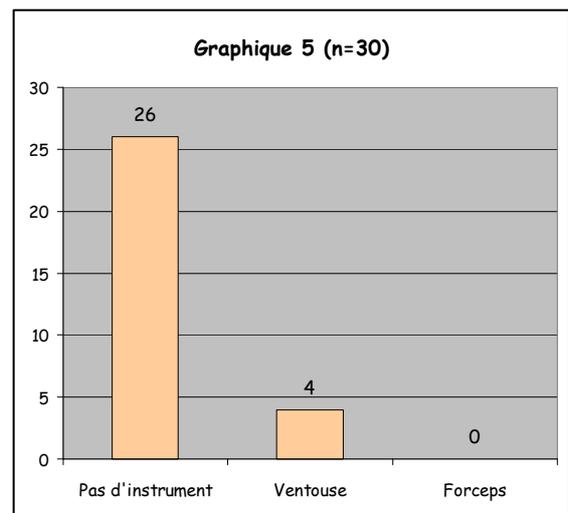
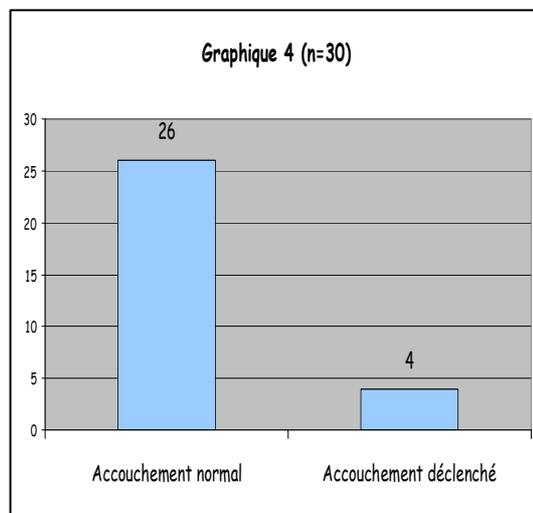
c) Participation aux séances de Préparation à la naissance.

26 femmes ont répondu y avoir participé :

- 14 femmes ont assisté à 8 séances
- 4 femmes ont assisté à 7 séances
- 3 femmes ont assisté à 6 séances
- 2 femmes ont assisté à 3 séances
- 1 femme a assisté à 10 séances
- 1 femme a assisté à 5 séances
- 1 femme a assisté à 2 séances

4 femmes ont répondu n'y avoir pas participé.

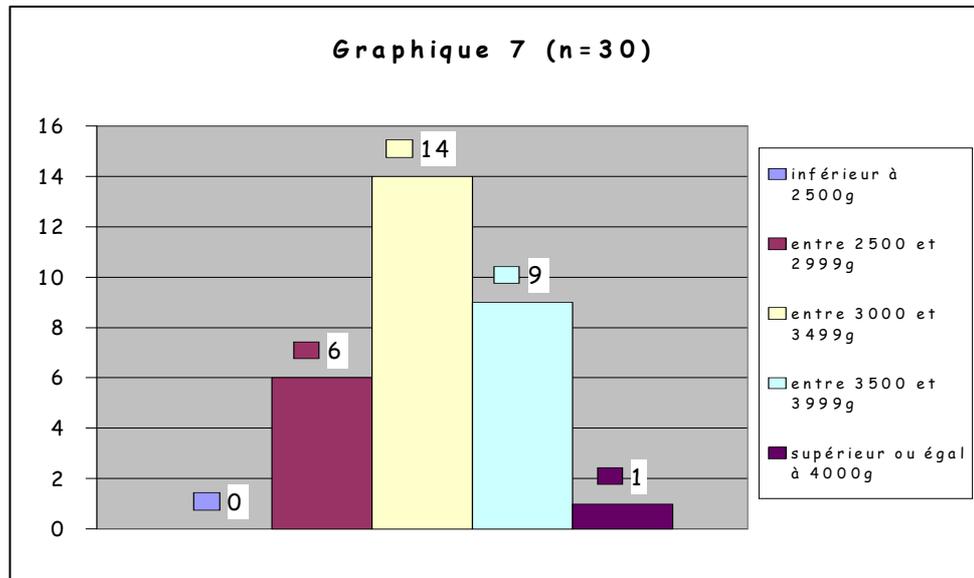
d) Concernant l'accouchement.



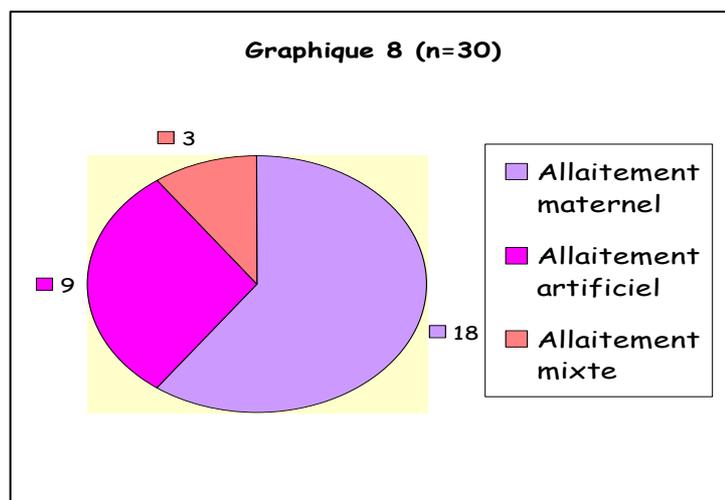
e) Sexe de l'enfant.

Sur les 30 femmes interrogées, il y a 19 enfants de sexe *féminin* et 11 enfants de sexe *masculin*.

- poids de l'enfant à la naissance.



f) Type d'allaitement.



2.1.3 Séjour en maternité.

a) Information de la possibilité d'un retour précoce à domicile avant la programmation de la sortie de maternité.

Parmi les 30 femmes interrogées, 23 ont déclaré avoir été informées de cette possibilité.

- à quel moment :

Tableau 1: Moment de l'information

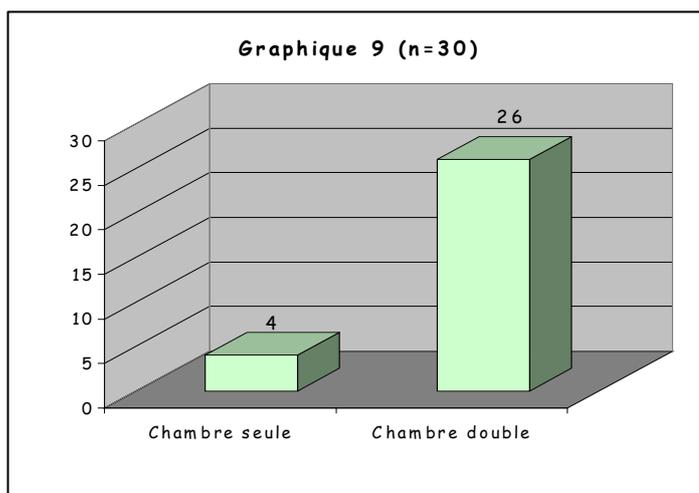
Durant les séances de préparation à la naissance	16
Au cours de la grossesse	4
Il y a 2 semaines	1
Au 6 ^{ème} mois de grossesse	1
Au 4 ^{ème} mois de grossesse	1

- par qui ou comment :

Tableau 2: Professionnel dispensant l'information

Par la sage-femme libérale	20
Par le gynécologue et la sage-femme libérale	1
Par des autres mamans	1
Par des amies	1

b) Confort.



c) Choix du mode de sortie précoce.

- motivation : (plusieurs réponses sont possibles)

Tableau 3: Motivation du choix de sortie

Continuité du suivi par une sage-femme	17
Soutien à domicile	10
Retour au cadre de vie habituel	24
Cadre de vie trop strict de l'hôpital	3
Autre	1

Autre : « *incompatibilité avec la voisine de chambre. Nombreuses visites* ».

- organisation : (plusieurs réponses possibles)

Tableau 4: Organisation suite à la sortie

Aide à domicile	4
Famille	16
Amis	0
Père	23
Autres	0

- congé du père :

Sur les 30 femmes interrogées, 23 ont répondu **positivement**.

Le nombre de jours de congé était compris entre 2 et 45 jours, avec un maximum de 6 femmes ayant répondu 15 jours.

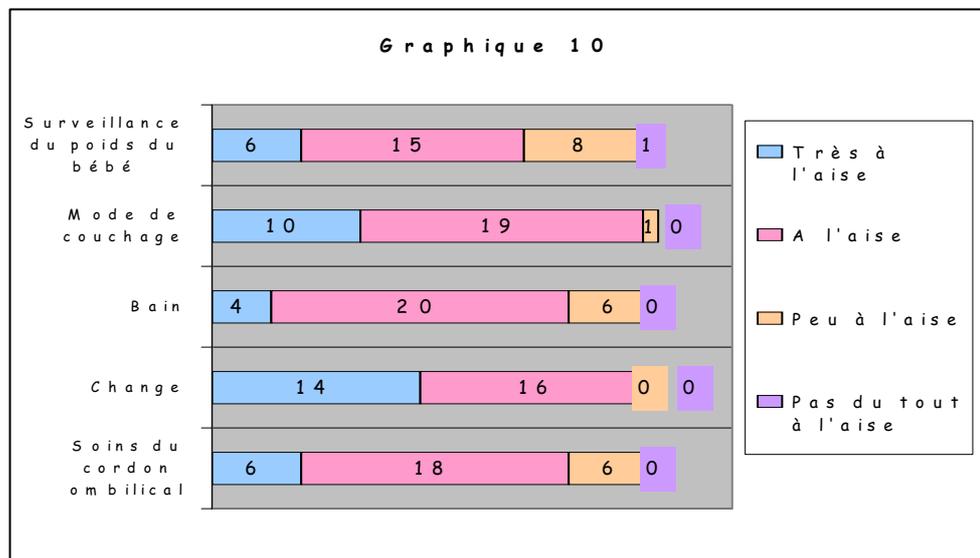
7 femmes ont répondu **négativement**.

- participation du père au choix :

Parmi les 30 femmes interrogées, 26 ont répondu **positivement**.

Parmi les 4 femmes ayant répondu **négativement**, 1 précision a été faite :
« j'ai décidé seule ».

d) Aisance quant aux soins du bébé.



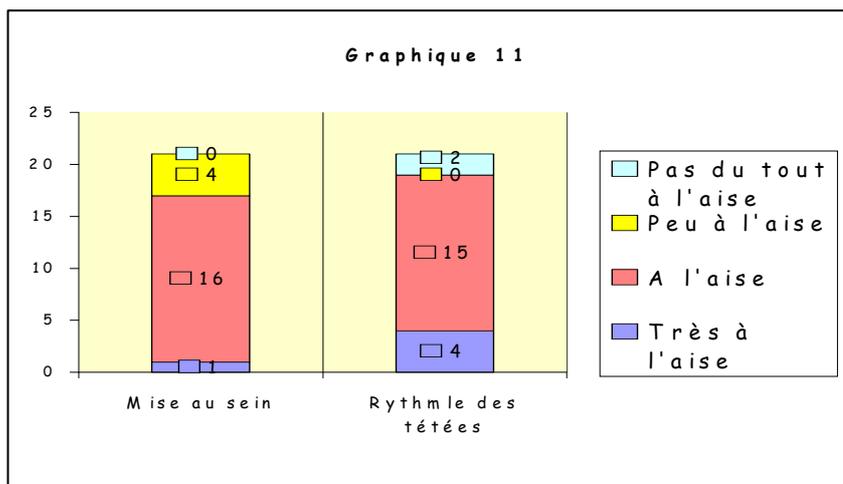
Les précisions données sont :

- « au bout du 3^{ème} jour les automatismes arrivent »

- « surveillance du poids du bébé : pas briefée »

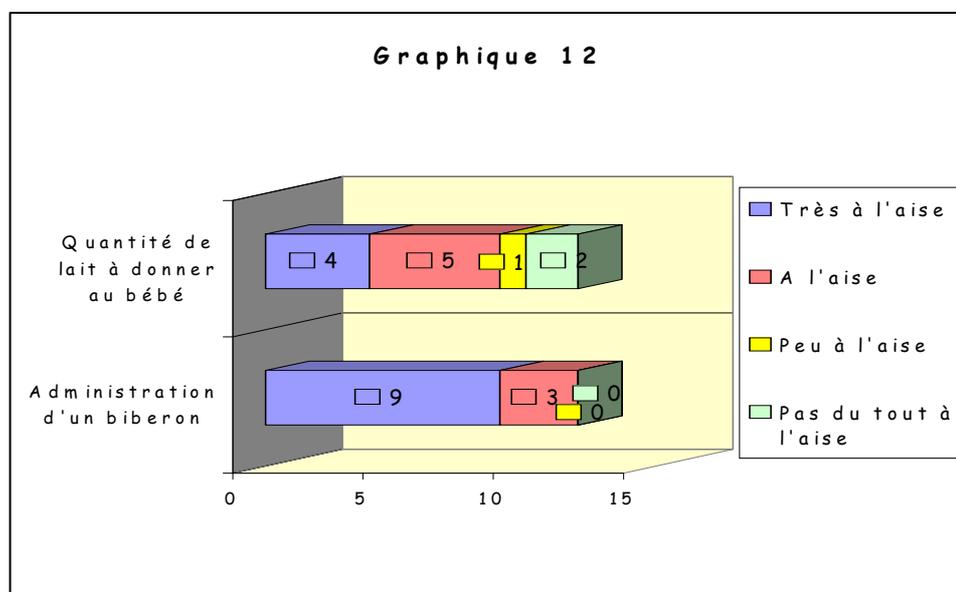
- « mode de couchage plus ou moins ok »

e) Aisance par rapport à l'allaitement maternel.



Parmi les précisions demandées, on note qu'elles concernent : la mise au sein, avec des difficultés pour « *trouver la bonne position de bébé* » (1) et « *reconnaître la bonne prise du sein par le bébé* » (5). Concernant le rythme des tétées, la difficulté principalement retrouvée vient du fait « *qu'il faut réveiller le bébé pour qu'il prenne le sein* » (3).

f) Aisance par rapport à l'allaitement artificiel.



Les précisions apportées venaient des 3 femmes ayant répondu se sentant « *peu à l'aise* » et « *pas du tout à l'aise* » : le bébé « *ne finit jamais ses biberons* » (1) ou « *a encore faim après la dose de lait recommandée* » (2).

g) Manque d'informations en maternité.

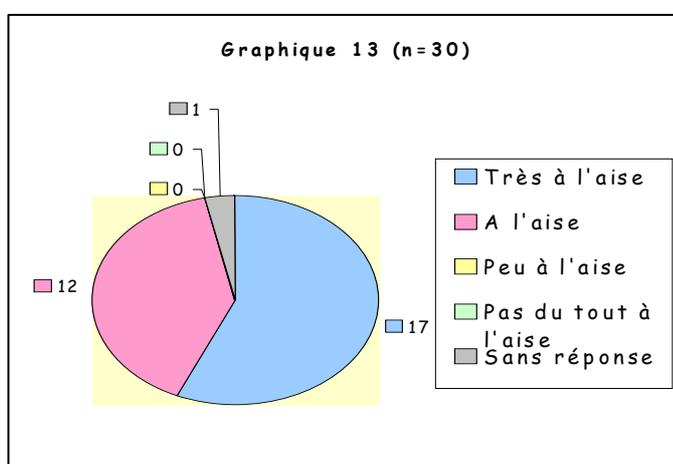
Parmi les femmes interrogées, 3 auraient aimé avoir plus d'information concernant :

- « la préparation des biberons, les quantités jour après jour. Plus de conseils sur l'alimentation de bébé »

- « l'allaitement artificiel »

- « les positions pour l'allaitement maternel et la durée des tétées »

h) Aisance dans la relation avec le bébé.



Les précisions demandées étaient au nombre de 4 :

- « la relation mère/fille n'est pas explicable »
- « avec l'allaitement maternel je trouve que la relation mère/bébé est formidable »
- « on apprend à se connaître »
- « je me sens à l'aise mais un peu angoissée lorsqu'il pleure »

i) Attentes particulières vis-à-vis des sages-femmes qui viendront à domicile.

Sur les 30 femmes interrogées, seules 9 ont répondu avoir des attentes particulières. Les précisions demandées concernaient « le mode de vie du bébé et son environnement » (3), « des conseils et réponses aux questions si besoin » (3), « l'allaitement maternel » (2), et « l'alimentation et les pleurs du bébé » (1).

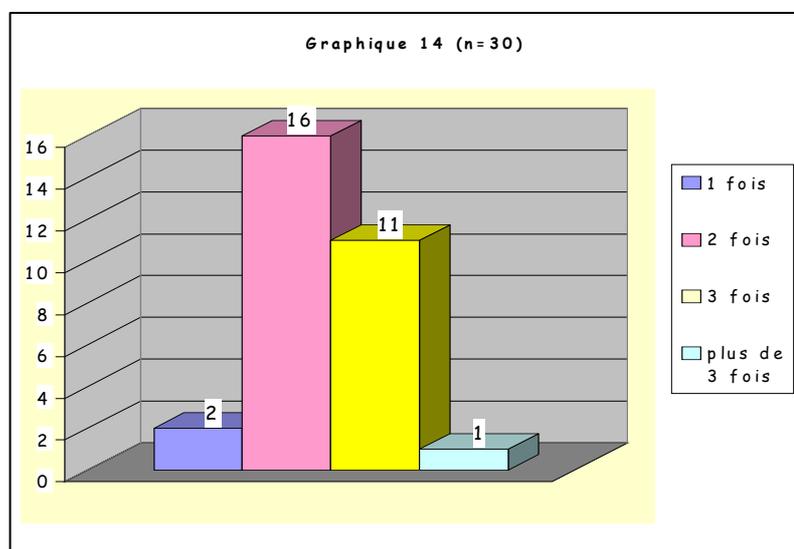
2.2 Deuxième questionnaire, réalisé 7 à 10 jours après la sortie de maternité.

2.2.1 Déroulement du suivi à domicile.

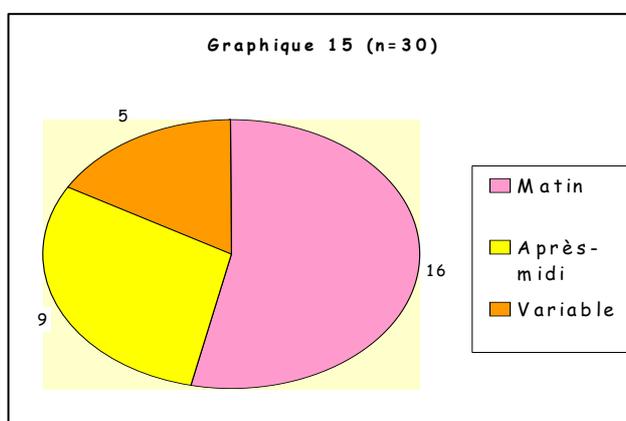
a) Rencontre de la sage-femme pendant la grossesse.

Parmi les 30 femmes interrogées, un peu plus de 2/3 (22) ont répondu **positivement**. Ces dernières ont toutes précisé l'avoir rencontré « *lors des séances de préparation à la naissance* ».

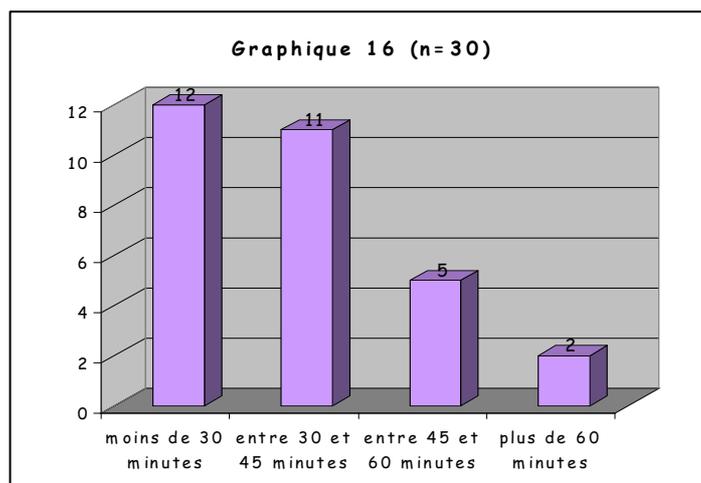
b) Nombre de visites de la sage-femme à domicile.



c) Moment de la journée lors de la visite.



d) Durée moyenne des visites.



e) Durant la période de suivi à domicile.

L'étude a montré qu'il n'y a eu **aucune consultation en urgence pour la maman** ainsi **qu'aucune ré-hospitalisation (ni pour la maman ni pour le bébé).**

De plus, on note **1 consultation en urgence pour le bébé** pour des « *régurgitations et difficultés respiratoires* » et 8 consultations d'autres professions médicales. Ces professionnels étaient « *pédiatre* » (2), « *médecin traitant* » (4), et « *PMI* » (2). Les motifs de consultations retrouvés sont : « *pour rassurer la maman* » (3), « *pour des problèmes de colique et constipation du bébé* » (3) et « *pour peser le bébé* » (2).

f) Recours à d'autres ressources que la sage-femme.

Près de 2/3 des femmes interrogées (19 sur 30) ont répondu **positivement.**

- pour des conseils/informations :

- *Famille* : 12
- *Amie(s)* : 2
- *Association* : 0
- *Internet* : 4
- *Autres* : 0
- *Famille et Internet* : 1

Les types d'informations recherchées sont :

- « *des questions sur l'allaitement (maternel et artificiel)* », cité 9 fois
- « *l'environnement du bébé* », cité 3 fois
- « *les soins au bébé et notamment les soins du cordon ombilical* », cité 7 fois
- « *des questions concernant les pleurs du bébé* », cité 3 fois

- pour de l'aide par rapport à la maison, la maman ou le bébé :

- *Famille* : 6
- *Amie(s)* : 0
- *Aide à domicile* : 1

Les types d'aides retrouvées sont :

- « *ménage et courses* », cité 4 fois
- « *aide globale* », cité 2 fois
- « *aide pour l'allaitement maternel* », cité 1 fois

Parmi les 19 femmes ayant eu recours à d'autres ressources que la sage-femme, pour 15 d'entre elles ce recours n'a pas été orienté par la sage-femme.

2.2.2 Satisfaction/ressenti des femmes.

a) Avantages et /ou inconvénients de ce mode de sortie.

Les avantages cités étaient :

- « *le confort de la maison* », cité 18 fois
- « *plus de repos qu'à l'hôpital* », cité 13 fois ; dont le « *bruit à l'hôpital* » cité 7 fois
- « *visite de la sage-femme rassurante* », cité 10 fois
- « *famille (père notamment) présente* », cité 6 fois

Les inconvénients cités, par 2 femmes seulement, étaient :

- « *manque d'informations de la sage-femme libérale sur la préparation des biberons* »

- « un peu d'anxiété la première nuit car il n'y avait plus la présence de la sage-femme »

b) Réponse aux attentes/besoins des femmes.

Sur les 30 femmes interrogées, 28 ont pensé que la sage-femme a répondu à leurs attentes et/ ou besoins.

-manière :

- « la sage-femme a répondu à toutes mes questions », cité 10 fois

- « la sage-femme m'a donné des réponses sur l'allaitement maternel », cité 8 fois

- les autres sujets cités concernaient : « l'environnement, du bébé, son comportement, le bain ainsi que le poids du bébé ».

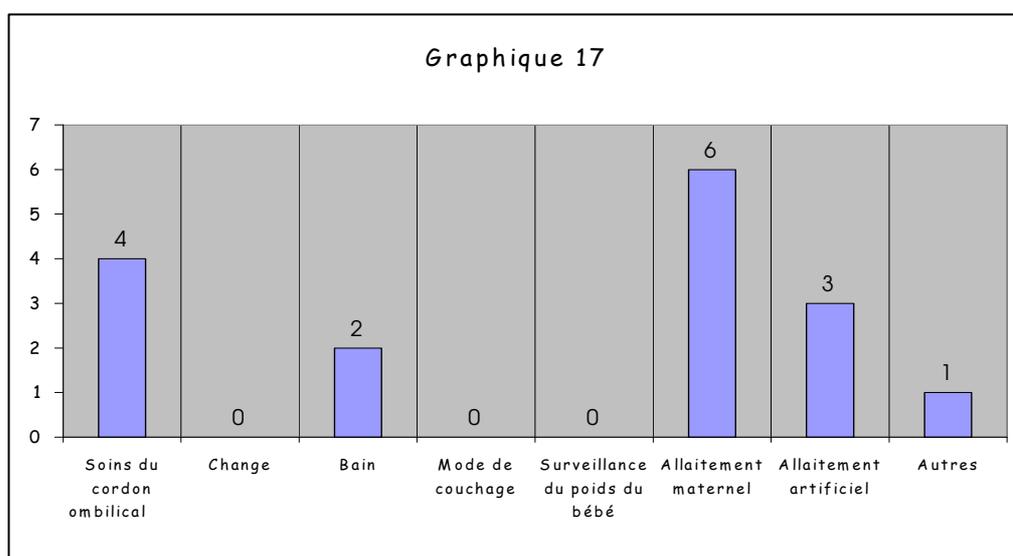
- sujets nécessitant plus d'informations/écoute :

- « les soins pour les crevasses »

- « les vaccins du bébé »

Pour les 2 femmes pensant que la sage-femme n'a pas répondu à leurs attentes/besoins, elles ont cité que « la sage-femme ne s'est pas assez intéressée au bébé », et que « la sage-femme n'a pas pris le temps de répondre à mes questions ».

c) Difficultés rencontrées par rapport aux soins.



Autres : « nettoyage du nez du bébé ».

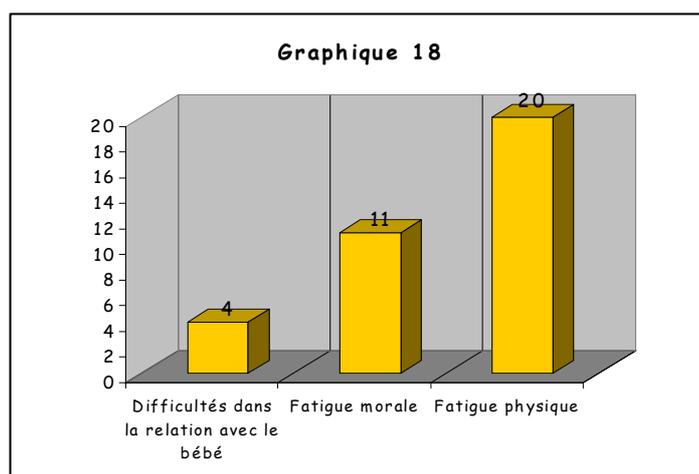
- causes des difficultés :

- « appréhension », cité 6 fois
- « pas assez fait à la maternité », cité 2 fois
- concernant l'allaitement maternel, ont été cités : « les crevasses du sein » (2 fois), « le temps de trouver ses marques » (1 fois), « je dois réveiller le bébé pour la tétée » (1 fois) et « mauvaise position du bébé » (1 fois)
- concernant l'allaitement artificiel, ont été cités : « les régurgitations du bébé » (1 fois), « les coliques du bébé » (1 fois)
- « ne sait pas » a été cité 2 fois.

- résolution :

- « aide de la sage-femme », cité 9 fois
- « aide de la famille », cité 4 fois
- « au fil du temps », cité 2 fois
- « demande au médecin traitant », cité 1 fois

d) Autres difficultés rencontrées.



- traduction :

- « fatigue la journée », cité 13 fois
- « fatigue la nuit », cité 12 fois

- « *fatigue de l'allaitement maternel* », cité 2 fois
- « *incompréhension des pleurs du bébé* », cité 2 fois
- « *mauvais vécu de l'accouchement* », cité 1 fois
- « *au début : envie de pleurer* », cité 1 fois

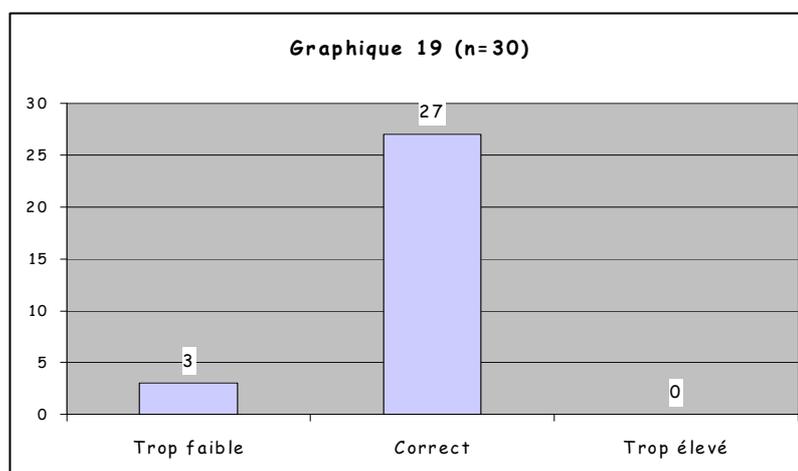
Concernant les difficultés dans la relation avec le bébé, ont été cités :

- « *le baby-blues* » (2)
- « *une fatigue importante* » (1)
- « *une incompréhension des pleurs du bébé* » (1)

- aide :

- « *se reposer en même tant que le bébé* », cité 20 fois
- « *en parler avec la sage-femme et avoir ses conseils* », cité 6 fois
- « *aide de la famille* », cité 3 fois
- « *conseils d'amies* », cité 1 fois

e) Concernant le nombre de visites de la sage-femme.



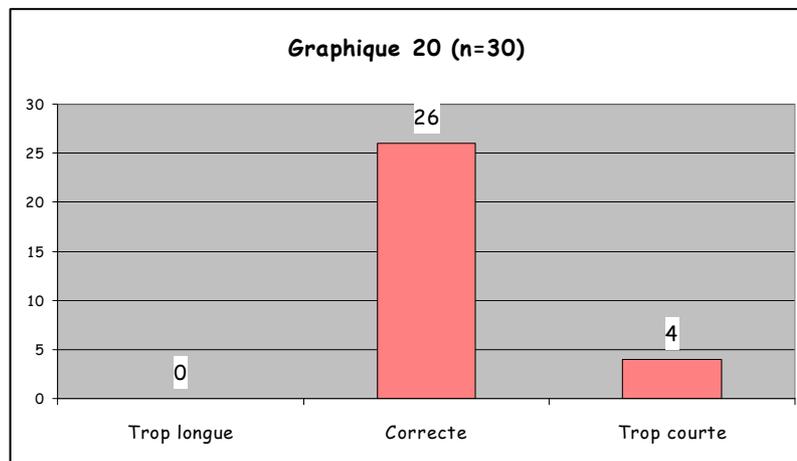
- précisions :

Elles sont en rapport avec le nombre *trop faible de visites de la sage-femme* (3) :

- « *j'aurais aimé que la sage-femme passe plus* »
- « *j'aurais aimé que la sage-femme passe une ou deux fois de plus pour me rassurer* »

- « j'aurais aimé que la sage-femme passe quatre ou cinq fois alors qu'elle n'est passée que deux fois ».

f) Concernant la durée moyenne d'une visite.



- précisions :

Elles sont en rapport avec la *durée moyenne d'une visite trop courte* (4) :

- « la sage-femme ne s'est pas assez intéressée au bébé » (2)
- « la sage-femme ne m'a pas demandé si j'avais des questions, elle n'était pas impliquée »
- « la sage-femme n'est restée que cinq minutes ».

g) Concernant le moment de la journée lors de la visite de la sage-femme.

Sur les 30 femmes interrogées, 28 ont trouvé ce moment adapté. Les deux femmes ne l'ayant pas trouvé adapté ont précisé :

- « la sage-femme passait au moment de la tétée donc c'était pas simple pour le bébé »
- « la sage-femme passait entre midi donc cela n'était pas évident »

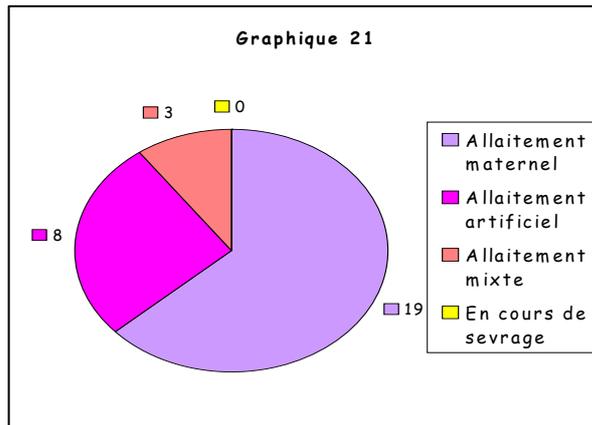
h) Besoin d'appeler la sage-femme en dehors des visites prévues.

Sur les 30 femmes interrogées, 8 ont répondu **positivement**. Les raisons apportées sont :

- « pour le cordon du bébé » (3)

- « pour des crevasses au sein » (1)
- « parce que mon bébé était constipé » (1)
- « pour les pleurs du bébé » (1)
- « parce que le bébé avait souvent faim » (1)
- « pour les diarrhées du bébé » (1)

i) Type d'allaitement à ce jour.



j) Renouvellement de l'expérience du retour précoce à domicile après l'accouchement.

Sur les 30 femmes interrogées, 27 ont répondu **positivement**, 1 femme a répondu **négativement** et 2 femmes ont répondu **ne sait pas**.

Les raisons apportées à ce choix sont :

- pour celles ayant répondu **oui** :

- « confort et repos à la maison » (18)
- « retrouver le 1^{er} enfant, l'environnement familial » (7)
- « suivi de la sage-femme et relation de confiance avec elle » (2)

- pour celle ayant répondu **non** :

- « je n'aurais pas d'autre grossesse »

- pour celles ayant répondu **ne sait pas** :

- « ce n'est pas la préoccupation actuelle » (2)

k) Sortie encore plus précoce.

Sur les 30 femmes interrogées, environ 1/3 (11) se sentaient **prêtes** à sortir encore plus précocement de la maternité.

Le moment demandé était **au 2^{ème} jour** pour 10 d'entre elles, mais « *avec le passage d'une sage-femme à la maison* » et 1 femme se sentait prête à sortir de la maternité dès le **1^{er} jour**.

A la question « *Auriez-vous aimé sortir encore plus précocement ?* », seules 7 femmes ont répondu **positivement**.

l) Suggestions pour améliorer le dispositif.

Elles sont les suivantes :

- « *augmenter le nombre de visites de la sage-femme à domicile* », cité 3 fois
- « *avoir plus d'informations en maternité* », cité 3 fois, notamment sur « *les soins au bébé* », « *le comportement de bébé les premiers jours* » et « *la préparation des biberons pour le retour à domicile car je n'ai eu qu'une simple feuille* »
- « *avoir des informations durant la grossesse ou à la maternité concernant cette possibilité de sortie, pour pouvoir s'y préparer si l'on n'a pas été informé durant les séances de préparation à la naissance* », cité 2 fois
- « *uniformiser le discours entre les sages-femmes à la maternité* », cité 2 fois.

Partie III

Analyse des résultats
et discussion

1. ANALYSE DES RESULTATS.

1.1 Avant la sortie de maternité.

1.1.1 Age de la population.

Dans l'étude, un peu plus de la moitié des femmes, soit 16 sur 30, avaient entre 24 et 29 ans. La moyenne d'âge de ces femmes était de 27,5 ans, soit légèrement inférieure à la moyenne d'âge nationale au 1^{er} enfant qui était de 29,9 ans en 2009.

1.1.2 Grossesse et accouchement.

Parmi les femmes interrogées, 4/5 (soit 24), ont fait suivre leur grossesse par un gynécologue (14 par un gynécologue de ville et 10 par un gynécologue hospitalier). On peut noter que peu de femmes ont fait appel à une sage-femme pour leur suivi de grossesse, puisqu'elles représentent qu'1/5 de la population interrogée (soit 3 par une sage-femme hospitalière et 3 par une sage-femme libérale).

Concernant les autres intervenants au cours de la grossesse, une majorité de femmes (26 sur 30) ont rencontré une sage-femme (ne suivant pas la grossesse). Le motif demandé et unanimement retrouvé est « *lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité* ». En effet 26 femmes ont répondu avoir participé aux séances de Préparation à la naissance. Près de la moitié de celles-ci (14) ont participé à la totalité des séances proposées et remboursées par la Sécurité Sociale, soit au nombre de 8 séances.

4 femmes ont répondu n'avoir pas participé à ces séances de Préparation à la naissance.

Concernant l'accouchement, l'étude a révélé que la majorité des femmes (26 sur 30) ont eu un accouchement normal (non déclenché).

De plus, pour 26 femmes, il n'y a eu besoin d'aucun instrument pour l'expulsion de l'enfant.

Concernant l'état du périnée, 22 femmes ont eu une déchirure de celui-ci, 5 femmes ont eu une épisiotomie et 3 femmes ont eu un périnée intact. En 2007, le taux d'épisiotomie réalisé en France chez la primipare était de 42,1%.

1.1.3 Enfant à la naissance et type d'allaitement.

Concernant l'enfant, on note que près de 2/3 (19 sur 30) sont de sexe féminin.

Le poids à la naissance se situait pour environ la moitié des enfants entre 3000 et 3499g. La moyenne était de 3325g, soit proche du poids moyen à la naissance (à terme) qui est de 3350g.

L'étude a montré également que près de 2/3 des femmes interrogées (18 sur 30) allaitaient leur enfant au sein. Ce taux est comparable à celui actuellement recensé en France, de l'ordre de 60% à la sortie de maternité. L'allaitement artificiel est pratiqué par 9 femmes sur 30 et l'allaitement artificiel par 3 femmes.

1.1.4 Séjour en maternité.

23 femmes sur 30 ont déclaré avoir été informées de la possibilité d'un retour précoce à domicile avant la programmation de la sortie de maternité. Pour la plupart cette information leur a été donnée *durant les séances de préparation à la naissance* (16 d'entre elles) et par la sage-femme libérale (20 d'entre elles). On peut noter qu'environ $\frac{1}{4}$ des femmes n'ont été informées qu'après leur accouchement, lors de leur séjour à la maternité. Ces femmes ont-elles donc eu suffisamment de temps pour se préparer et organiser cette sortie ?

Concernant le choix du mode de sortie précoce, celui-ci a été motivé en grande partie par « *le retour au cadre de vie habituel* » (cité 24 fois).

On note par ailleurs que « *la continuité du suivi par une sage-femme* » n'est citée comme motivation que par 17 femmes sur 30, ce qui pourrait peut-être être expliqué par le faible taux de connaissance des femmes sur toutes les spécificités de la profession de sage-femme.

1.1.5 Place du père.

L'étude a révélé que celle-ci était très importante. En effet, 26 femmes sur 30 ont déclaré que le père avait participé au choix du mode de sortie de la maternité. De plus, pour l'organisation qui suit ce mode de sortie, 23 femmes ont cité la place du « *père* ». De même que 23 femmes ont déclaré que le père avait pris un congé, celui-ci compris entre 2 et 45 jours, avec un maximum de 6 femmes ayant répondu 15 jours. Cette durée de congé de 15 jours reflète la durée du congé de paternité accordé au salarié à l'occasion de la naissance de son enfant. En effet, pour un premier enfant, le Code du Travail fixe une durée de congé de 14 jours, soit 11 jours que le père peut prendre dans les 4 mois qui suivent la naissance de son enfant, ajoutés aux 3 jours d'absence autorisée par l'employeur pour une naissance [4].

1.1.6 Aisance quant aux différents soins au bébé et gestes liés à leur nouveau rôle de mère.

L'étude a montré que la majorité des femmes interrogées se sentent « *très à l'aise* » ou « *à l'aise* » avec les principaux soins au bébé (soins du cordon ombilical, change, bain, mode de couchage, et surveillance du poids du bébé). Il reste cependant environ 1/5 des femmes interrogées qui se sentent « *peu à l'aise* » avec la *surveillance du poids du bébé* (8), le *bain* (6) ou les *soins du cordon ombilical* (6). Les précisions apportées par les femmes ne permettent pas d'expliquer ce manque d'aisance.

Concernant l'allaitement maternel, nous constatons qu'environ la moitié des femmes interrogées se sentent « *à l'aise* » avec la *mise au sein* (16) et le *rythme des*

tétées (15). Nous constatons également que 6 femmes se sentent « *peu à l'aise* » ou « *pas du tout à l'aise* » avec ces gestes. Parmi les précisions demandées, peu de femmes ont répondu. Elles concernent *la mise au sein*, avec des difficultés pour « *trouver la bonne position de bébé* » (1) et « *reconnaître la bonne prise du sein par le bébé* » (5). Concernant le *rythme des tétées*, la principale difficulté retrouvée vient du fait « *qu'il faut réveiller le bébé pour qu'il prenne le sein* » (3).

Concernant l'allaitement artificiel, l'étude a montré que pratiquement toutes les femmes se sentent « *très à l'aise* » ou « *à l'aise* » avec la *quantité de lait à donner au bébé* et *l'administration d'un biberon*. 1 femme se sent « *peu à l'aise* » avec la *quantité de lait à donner au bébé* et 2 femmes se sentent « *pas du tout à l'aise* » avec ce geste. Les précisions apportées sont en relation avec le comportement du bébé et non au manque de « *savoir-faire* » de la mère.

Peu de femmes ont répondu avoir manqué d'informations en maternité (3). Cependant ce manque d'informations concerne le domaine de l'allaitement (maternel et artificiel) et peut expliquer une partie des difficultés d'aisance rencontrées par les mères quant au type d'alimentation de l'enfant.

Quant à l'aisance dans la relation avec le bébé, nous constatons que la quasi-totalité des femmes interrogées (29 sur 30) se sentent « *très à l'aise* » (17) ou « *à l'aise* » (12) ; 1 femme n'ayant pas donné de réponse. Parmi les précisions retrouvées (4), seule 1 femme fait paraître son « *inquiétude* » : « *je me sens à l'aise mais un peu angoissée lorsqu'il pleure* ».

1.1.7 Attentes particulières vis-à-vis des sages-femmes libérales.

Sur les 30 femmes interrogées, on note que seules 9 ont répondu positivement à cette question. Les précisions apportées étaient de thème variables et plus ou moins en relation avec les précisions apportées aux questions précédentes (« *mode de vie du bébé et son environnement* », « *conseils et réponses aux questions si besoin* » et « *alimentation et pleurs du bébé* »).

La première hypothèse relative au fait que les primipares ne se sentaient pas complètement à l'aise avec les soins au bébé et gestes liés à leur nouveau rôle de mère et avaient donc des attentes par rapport à cela pour le suivi à domicile par les sages-femmes libérales, peut être en partie validée puisque même si la majorité des femmes se sentent « très à l'aise » ou « à l'aise » avec ces soins et gestes, les femmes déclarant se sentir « peu à l'aise » voire « pas du tout à l'aise » avec ceux-ci, manifestent des attentes particulières vis-à-vis des sages-femmes libérales pour pallier à leurs difficultés.

1.2 Après le suivi à domicile.

1.2.1 Déroulement du suivi à domicile.

Parmi les 30 femmes interrogées, un peu plus de 2/3 (22) avaient déjà rencontré la sage-femme pendant la grossesse. Celles-ci ont toutes précisé l'avoir rencontré « lors des séances de préparation à la naissance ». On peut noter également que 8 femmes ne connaissaient pas la sage-femme qui a assuré le suivi à domicile.

L'étude a montré que pour un peu plus de la moitié des femmes interrogées (16 sur 30), la sage-femme a effectué deux visites à domicile. Et pour un peu plus d'1/3 des femmes (11 sur 30), la sage-femme a effectué trois visites à domicile.

La visite se déroulait le matin pour un peu plus de la moitié des femmes (16 sur 30).

Celle-ci durait en moyenne « moins de 30 minutes » pour 12 femmes et « entre 30 et 45 minutes » pour 11 femmes.

Durant la période du suivi à domicile, l'étude a révélé qu'il n'y a eu aucune consultation en urgence pour la maman ainsi qu'aucune ré-hospitalisation (ni pour la maman ni pour le bébé). De plus, on note une consultation en urgence pour le bébé pour des « régurgitations et difficultés respiratoires ».

Plusieurs études réalisées sur l'incidence des sorties précoces sur le taux de complications ou ré-hospitalisation ultérieures, suggèrent que les risques de ces dernières sont plus importantes pour les séjours inférieurs à 30 ou 72 heures [26].

L'étude a également montré qu'il y a eu huit consultations d'autres professions médicales durant le suivi. Ces professionnels étaient « *pédiatres* » (2) « *médecin traitant* » (4) et « *PMI* » (2). Les motifs de consultations retrouvés sont divers et banaux et ne permettent pas d'affirmer qu'une prolongation de séjour en maternité aurait été préférable.

Près de 2/3 des femmes interrogées (19 sur 30) ont répondu avoir eu recours à d'autres ressources que la sage-femme. Pour des *conseils/informations*, dont les thèmes concernaient *l'allaitement (maternel et artificiel), l'environnement, les soins et le comportement de bébé*, les personnes ressources étaient majoritairement des membres de la *famille*. On peut noter également que 4 femmes ont cherché leurs réponses via *Internet*.

Concernant *l'aide par rapport à la maison, la maman ou le bébé, la famille* est également majoritairement représentée puisqu'elle est citée par 6 personnes sur 7 ; cette aide demandée concerne principalement une aide domestique (4). On peut noter que le recours à une aide à domicile a été cité une fois.

Ces informations nous permettent de déduire que les difficultés d'ordre domestique ne sont pas majoritaires lorsque le foyer ne compte qu'un enfant. La possibilité de recourir systématiquement à une aide à domicile, après la naissance d'un enfant et lors de sorties anticipées de maternité, n'est alors pas nécessairement utile lorsqu'il s'agit de primipares.

Parmi les 19 femmes ayant eu recours à d'autres ressources que la sage-femme, pour 15 d'entre elles ce recours n'a pas été orienté par la professionnelle. On peut donc ainsi se demander, notamment pour le recours à la famille pour des *conseils/informations*, si ces dernières étaient manquantes ou insuffisamment délivrées par la sage-femme libérale ou de maternité, ou s'il

s'agissait simplement pour les femmes d'obtenir l'avis d'un membre de la famille.

Concernant le type d'allaitement à la fin du suivi à domicile, il est semblable à celui recensé à la sortie de maternité puisque 19 femmes sur 30 allaitent leur enfant au sein (contre 18 au 3^{ème} jour du post-partum).

1.2.2 Satisfaction du déroulement du suivi à domicile.

L'étude a montré que les avantages cités par les femmes quant à ce mode de sortie relevaient majoritairement du domaine « matériel et environnemental » (« confort à la maison » (cité 18 fois) et « plus de repos qu'à l'hôpital » (cité 13 fois)). Le bénéfice de la visite de la sage-femme à domicile n'est retrouvé que chez 1/3 des femmes. Ceci peut être également mis en lien avec le faible taux de connaissance des femmes sur la spécificité de la profession de sage-femme que nous avons mis en évidence précédemment, notamment sur son rôle après la naissance du bébé.

On peut noter également que seules 2 femmes ont cité des inconvénients quant à ce mode de sortie.

Concernant les visites de la sage-femme, les femmes sont globalement satisfaites. En effet, le nombre moyen de visite a été trouvé *correct* par 27 femmes sur 30, la durée moyenne d'une visite *correcte* par 26 femmes sur 30 et le moment de la journée lors de la visite de la sage-femme *adapté* pour 28 femmes sur 30.

Cependant on peut relever que 3 femmes ont trouvé que le nombre de visites de la sage-femme était *trop faible* ; 4 femmes ont trouvé que la durée moyenne des visites était *trop courte*, en précisant dans les 4 cas le manque d'implication de la sage-femme ; et 2 femmes ont trouvé *inadapté* le moment de la journée lors de la visite de la sage-femme.

1.2.3 Satisfaction du rôle de la sage-femme.

L'étude a montré que la majorité des femmes interrogées (28 sur 30) pense que la sage-femme a répondu à leurs attentes et/ou besoins, notamment en répondant à tous leurs questionnements. Cependant, 2 femmes ne sont pas d'accord et pensent que « *la sage-femme ne s'est pas assez intéressée au bébé* » (1) et que « *la sage-femme n'a pas pris le temps de répondre à mes questions* » (1).

De plus, seules 8 femmes ont eu besoin d'appeler la sage-femme en dehors des visites prévues. Les raisons apportées étaient diverses mais quasiment toutes en relation avec les soins au bébé ou son comportement.

Concernant les difficultés rencontrées par les mères pour les soins ou l'alimentation du bébé, la principale difficulté concernait *l'allaitement maternel* (6). Viennent ensuite les *soins du cordon ombilical* (4), *l'allaitement artificiel* (3) et *le bain* (2). La cause principalement retrouvée est *l'appréhension* de ces mères. On peut noter que seules 2 femmes pensent que leur difficulté vient du manque de pratique lors de leur séjour en maternité. Quant à la résolution de ces difficultés, l'aide de la sage-femme est citée majoritairement.

Parmi les autres difficultés rencontrées chez les mères, la fatigue physique est retrouvée chez 2/3 d'entre elles, la fatigue morale chez environ 1/3 et des difficultés dans la relation avec le bébé sont retrouvées chez 4 femmes sur 30. Pour la majorité d'entre elle, il s'agit d'une fatigue globale ; le baby-blues n'a été cité que par 2 femmes, celles-ci ayant néanmoins évoqué des difficultés dans la relation avec le bébé.

Quant au type d'aide demandé pour remédier à ces difficultés, outre le fait de se reposer en même temps que le bébé afin de pallier à la fatigue physique, l'intervention de la sage-femme dans l'écoute et les conseils pour pallier à la fatigue morale ou aux difficultés dans la relation avec le bébé, a été citée par 6 femmes.

On peut donc se demander, notamment pour ces femmes ayant reconnu avoir ressenti une fatigue morale ou des difficultés dans la relation avec le bébé, si un dépistage de ces « pathologies » avant la sortie de maternité aurait été possible et s'il n'y aurait pas mieux valu que leur séjour à la maternité soit plus long. Hors une étude Suédoise ne retrouvait pas d'association entre la durée d'hospitalisation et la fatigue ou les dépressions du post-partum : le pic se trouvant toujours au retour à la maison, que ce soit après 24 heures ou après 6 jours d'hospitalisation [29].

La deuxième hypothèse qui supposait que le suivi par une sage-femme libérale semblait adapté pour la majorité des femmes (celles-ci se sentant satisfaites du suivi à domicile), est globalement validée. En effet, seules 2 femmes ne sont pas satisfaites du rôle de la sage-femme concernant la réponse à leurs attentes et/ou besoins.

De plus, on peut considérer que les difficultés rencontrées chez les mères, tant au niveau des soins au bébé et gestes liés à leur nouveau rôle de mère que la fatigue retrouvée à domicile, ne peuvent pas être considérées comme un « échec » de sortie précoce. Cependant, une évaluation pertinente des critères d'admission à ce retour précoce à domicile après l'accouchement doit être réalisée, afin de garantir un suivi à domicile optimal dans des conditions sécuritaires pour la mère comme pour l'enfant.

1.2.4 Vers une sortie encore plus précoce ?

L'étude a montré que sur les 30 femmes interrogées, 27 pensent renouveler l'expérience du retour précoce à domicile après l'accouchement avec suivi par une sage-femme libérale, pour une future grossesse. Les raisons principalement retrouvées étaient le « confort et repos à la maison » (cité 18 fois), suivi de « retrouver le premier enfant, l'environnement familial » (cité 7 fois). Le rôle de la sage-femme quant au « suivi et à la relation de confiance avec elle » n'est cité que par 2 femmes.

Quant au fait de réellement envisager une sortie plus précoce, on note que seules 1/3 des femmes interrogées (11) se sentaient *prêtes* à sortir plus tôt de la maternité, soit au 2^{ème} jour du post-partum pour la quasi-totalité d'entre elles (10) ; et parmi celles-ci 7 auraient *aimé* sortir plus tôt de la maternité après leur accouchement si cela avait été possible.

La troisième hypothèse qui supposait que la majorité des femmes seraient favorables à une sortie encore plus précoce semble inexacte. En effet, seulement environ 1/3 des femmes se sentent prêtes à sortir précocement de la maternité et environ 1/4 auraient aimé sortir plus tôt.

Rappelons cependant que la majorité des femmes interrogées (27) pensent renouveler l'expérience du retour précoce à domicile après l'accouchement pour leur prochain enfant.

1.2.5 Suggestions pour améliorer le dispositif.

Seules 10 suggestions ont été faites, néanmoins elles peuvent être bénéfiques pour permettre éventuellement d'apporter quelques changements. Tout d'abord sur l'information transmise durant la grossesse sur la possibilité du retour précoce à domicile après l'accouchement. En effet, sur les 4 femmes n'ayant pas participé aux séances de préparation à la naissance, 2 n'ont pas été informées de cette possibilité de sortie durant la grossesse et n'ont ainsi pas pu suffisamment préparer à l'avance leur sortie. A noter qu'au total, 7 femmes n'ont pas été informées de la possibilité de sortie précoce pendant la grossesse.

D'autre part, la préparation en maternité à la sortie est incriminée à 5 reprises, concernant le *manque d'informations* et la *non-uniformisation du discours entre les sages-femmes de maternité*.

2. PROPOSITIONS.

2.1 Information des patientes.

Un mémoire réalisé par Florence METZ, étudiante sage-femme à METZ en 2009, sur l'information des patientes sur les sorties précoces de maternité, mettait en évidence que seules 36% des femmes interrogées déclaraient avoir reçu pendant la grossesse des informations sur la sortie de maternité. De plus, seulement 22% de ces femmes avaient reçu la plaquette informative propre à l'hôpital Bel-Air, créé en juin 2008, qui reprend les différentes possibilités de sortie de maternité. Celle-ci devant être délivrée au cours du 9^{ème} mois de grossesse, ciblant ainsi la quasi-totalité des patientes accouchant dans cette structure.

Mon enquête a révélé que 23 femmes sur 30 interrogées ont reçu l'information sur la possibilité d'un retour précoce à domicile après l'accouchement, durant la grossesse. Cette information ayant été délivrée majoritairement par les sages-femmes libérales, lors des séances de préparation à la naissance.

Afin de cibler la grande majorité des femmes pour l'information de ce choix de mode de sortie, il serait envisageable que les professionnels de santé assurant la consultation du 9^{ème} mois de grossesse au sein de la maternité Bel-Air de Thionville (sages-femmes et gynécologues), disposent d'un temps pour informer les femmes des différents choix qui s'offrent à elle, en leur distribuant notamment la plaquette informative propre à l'hôpital. Ceci serait considéré comme un rappel pour les femmes ayant participé aux séances de préparation à la naissance et ayant pu avoir éventuellement cette information auparavant ; mais pour les autres femmes, il est préférable que cette information ait lieu avant l'accouchement, afin qu'elles puissent s'organiser et se préparer dans des conditions optimales.

2.2 Projet de « sorties ultra-précoces ».

Bien que mon étude ait montré que la majorité des femmes interrogées n'auraient pas envisagé une sortie plus précoce si cela avait été possible, le pôle mère-enfant du CHR METZ THIONVILLE a pour projet la création de « sorties ultra-précoces ».

En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit le retour précoce à domicile après l'accouchement comme une sortie de maternité s'effectuant entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse.

De plus, celles-ci ont été envisagées afin de « répondre à une demande parentale croissante, de diminuer la durée moyenne de séjour de l'hospitalisation en maternité et d'améliorer la régulation du flux des patientes en maternité ».

La sortie de maternité sera ainsi possible entre 24 et 48 heures de vie. Ce projet, piloté par le Dr PARISOT (pédiatre, chef de service de néonatalogie de Thionville), a fait l'objet d'une EPP (Evaluation de Pratiques Professionnelles). Il prévoit une organisation en amont de la naissance dès la fin de la grossesse (consultation du 9^{ème} mois), afin d'informer la patiente et de s'assurer des conditions d'éligibilité à la sortie précoce.

Les patientes seront admises en Hospitalisation à Domicile (HAD) en fonction de ces critères.

Ceux-ci concernent l'admission de la mère et l'enfant, et se valideront à différentes périodes : lors de l'examen du 9^{ème} mois de grossesse, en salle de naissance, entre H3 et H24 et entre H24 et H48.

Le test du Guthrie (dépistages réalisés chez l'enfant après 72 heures de vie) sera effectué à domicile par les sages-femmes d'HAD.

Le rendez-vous pour l'examen du 8^{ème} jour (effectué entre J4 et J7) sera donné avant la sortie.

Le suivi à domicile se fera selon le processus habituel d'une hospitalisation à domicile, avec la visite de la sage-femme programmée en fonction du projet thérapeutique.

Les mères disposeront des coordonnées des sages-femmes d'Hospitalisation à Domicile, du service d'Urgences Gynécologiques et Obstétricales et du service de néonatalogie.

2.3 Repenser la préparation et l'accompagnement à la parentalité, en maternité et lors du suivi à domicile ?

En effet, la durée du séjour en maternité après un accouchement va de plus en plus diminuer, notamment par la création du système de « sorties ultra-précoces ».

Bien que mon mémoire ait révélé que peu de femmes ont manqué d'informations, que ce soit en maternité par les sages-femmes hospitalières (3), ou à domicile par les sages-femmes libérales (2), 2/3 des femmes ont eu besoin d'autres ressources que la sage-femme libérale pour des informations concernant l'allaitement, l'environnement, les soins et les pleurs du bébé ; les personnes ressources étant notamment des membres de la famille.

Mon questionnement était donc, comme cité précédemment, de savoir si la préparation et l'accompagnement en maternité avant le retour à domicile, de même que celui effectué par la sage-femme libérale lors du suivi à domicile, étaient suffisants.

De plus, les femmes ayant cité avoir manqué d'informations en maternité ont réitéré leur remarque comme « *suggestion pour améliorer le dispositif* ».

C'est ainsi que je me suis demandée quelles solutions pourraient être proposées afin de repenser le rôle de la sage-femme en maternité, ainsi que celui de la sage-femme libérale (ou hospitalière dans le cadre de l'HAD) lors du suivi à domicile, dans le but de développer le partenariat entre ces mêmes professionnels.

Mes propositions seraient donc les suivantes :

- En maternité :

- entretien réalisé par la sage-femme, auquel participerait également l'auxiliaire de puériculture, à J0 ou J1 pour les femmes dont la sortie est prévue à J1 ou J2, et à J1 ou J2 pour les femmes dont la sortie est prévue à J3. Cet entretien, éventuellement associé à un support écrit, viserait à donner des informations aux mères sur les soins au bébé, l'allaitement (maternel ou artificiel) et à donner des réponses à leurs diverses questions.

- concernant les « sorties ultra-précoces » : délivrance aux sages-femmes d'HAD d'une feuille de « projet thérapeutique » plus détaillée, comportant des renseignements sur l'aisance de la mère quant aux différents soins et gestes au bébé, l'aspect de la relation mère/enfant, les points à renforcer à domicile, etc... et éventuellement les informations non délivrées en maternité.

- concernant les sorties précoces : délivrance d'une « lettre de sortie de maternité » plus détaillée ou d'un courrier séparé, résumant le séjour en maternité de la mère et de l'enfant sur « l'apprentissage à la parentalité ».

- Pour le suivi à domicile par la sage-femme libérale :

- un bilan plus détaillé du séjour en maternité de la mère et de l'enfant pourrait ainsi permettre aux sages-femmes de connaître les points à renforcer lors du suivi à domicile et de réaliser un accompagnement au plus proche des besoins de la mère et de son nouveau-né.

- support écrit regroupant les adresses et coordonnées des différentes associations locales pouvant les aider si besoin.

La réalisation de ces propositions serait bien sûr à remettre en lien avec la faisabilité technique et professionnelle de la maternité Bel-Air.

Conclusion

Le recueil du point de vue des patients est nécessaire pour évaluer la qualité d'un système de soins. Ainsi, dans son texte de recommandations pour la pratique clinique (concernant les conditions pour proposer un retour précoce à domicile après l'accouchement), la Haute Autorité de Santé prévoit la mise en place de systèmes d'évaluation des dispositifs de suivis, ainsi que des enquêtes ponctuelles permettant de mesurer la satisfaction des familles.

L'étude réalisée auprès d'accouchées primipares sur la maternité Bel-Air de Thionville et sorties au 3^{ème} jour après l'accouchement, a révélé que bien que n'ayant que peu d'attentes particulières vis-à-vis du suivi à domicile par la sage-femme libérale, la majorité des femmes se sentaient satisfaites de celui-ci, dans son organisation comme dans l'accompagnement personnel par la sage-femme. De plus, malgré le fait que peu de femmes étaient favorables à une sortie encore plus précoce, la majorité des femmes interrogées pensaient renouveler l'expérience du retour précoce à domicile après l'accouchement pour un futur enfant.

Cependant, cette étude a aussi permis de mettre en avant deux notions. La première est que l'information pendant la grossesse de la possibilité de sortie précoce après l'accouchement reste à renforcer. La seconde est que la préparation et l'accompagnement des mères à leur « nouveau rôle » par la sage-femme de maternité ou celle effectuant le suivi à domicile après la sortie, sera inéluctablement à repenser à l'avenir, du fait notamment de la création de système de sorties encore plus précoces, entre 24 et 48 heures de vie ; ceci afin d'assurer le bien-être physique, psychique et social de la mère et de son enfant, dans les mêmes conditions que lorsqu'il s'agit d'un séjour classique en maternité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] 33^è Journées Nationales de Médecine Périnatale. Sorties précoces de maternité.

- [2] Association Familiale d'Aide à Domicile (AFAD). Siège social 7, rue du Cygne 57100 Thionville. Entretien avec Mme MALIMPENSA E., responsable coordinatrice du service familles, aides à domicile, le 15/09/2009.

- [3] Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Disponible sur : <http://www.stats.atih.sante.fr> (consulté le 04.11.2009). GHM 14Z02A, Accouchement Voie Basse sans complication significative.

- [4] Assurance Maladie en ligne. Disponible sur : <http://www.ameli.fr> (consulté le 07/09/2009).

- [5] AUDIPOG. Disponible sur : <http://www.audipog.inserm.fr/rapport.php> (consulté le 07.11.2009).

- [6] BATTUT A. Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. Mémoire Cadre Sage-Femme. Dijon : Ecole de Cadres Sage-Femme de Dijon, 2007, 123 p.

- [7] CHAUMETTE P. Parents et Sage-Femme : l'accompagnement global. Editions Yves MICHEL, 2005, 190 p.

- [8] CHAVELLI C. Accompagner la vie de la naissance à la mort. Editions Du Rocher, 2005, 335 p.

- [9] CLEOPHAX J-P, FAUQUET E, GIRODET D. Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations. Archives de Pédiatrie, 1999, n°6, pp. 885-888.
- [10] Convention relative à la continuité des soins dans le cadre du retour précoce à domicile des parturientes, entre le CHR Metz-Thionville et les sages-femmes libérales.
- [11] CRISTINELLI S. Les suites de couches à domicile : une nouvelle approche. Mémoire Sage-Femme. Metz : Ecole de Sage-Femme de Metz, 2000.
- [12] DAYAN J, ANDRO G, DUGNAT M. Psychopathologie de la périnatalité. Editions Masson, 1999.
- [13] DE GASQUET B, CODACCIONI X, ROUX-SITRUK D, POURCHEZ L, D'OLIER F. Bébé est là, vive Maman. Les suites de couches. Editions Robert JAUZE, 2005, 316 p.
- [14] DIEBOLD A. Un, deux, trois jours et puis s'en vont... Accompagnement des femmes lors d'une sortie anticipée de maternité. Mémoire Sage-Femme. Metz : Ecole de Sage-Femme de Metz, 2006.
- [15] DUVERGER P, MALKA J. Installation de la relation mère-enfant. Service de Pédo-psychiatrie CHU Angers. Module 3 : maturation et vulnérabilité.
- [16] GONNAUD F. Sorties précoces de maternité : attentes et besoins des parents. Vocation Sage-Femme, 2006, n°38, pp.

- [17] HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Sorties précoces après l'accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (consulté le 02/06/2009).
- [18] Les études CRP. Disponible sur : <http://www.lesetudescrp.com/spip.php?article15> (consulté le 03/07/2009).
- [19] LOPEZ A, REMY P-L. Mesure de la satisfaction des établissements de santé. Inspection générale des affaires sociales. Mars 2007. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> (consulté le 03/07/2009).
- [20] OMS. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. Santé et recherche génésiques. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Disponible sur : http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/fr (consulté le 15/06/2009).
- [21] PAGE L-A. Le nouvel art de la Sage-Femme. Science et écoute mises en pratique. Editions Elsevier, 2004, 418 p.
- [22] Plan "périnatalité" 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité, (10.11.2004). 42 p.
- [23] Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. Novembre 2005. 51 p.
- [24] Rapport d'étape Compaqh. Améliorer la satisfaction du patient. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compagh/rapport2003/chap5b.pdf>
(consulté le 03.07.2009).

- [25] STRACZEK H, VIEUX R, HUBERT C, MITON A, HASCOET J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Archives de pédiatrie, 2008, n°15, pp. 1076-1082.
- [26] VAUTRIN E, FONTAINE A, LANBA P, GUERIN V, ENGELDMANN P. Durée de séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2000, n°29, pp.94-101.
- [27] VENDITTELLI F, MAMELLE N. Sorties précoces dans le post-partum : états des lieux en France.
- [28] VERT P, ARTHUIS M. Académie nationale de Médecine. La première semaine de la vie. Rapport mai 2005. Disponible sur : <http://www.academiedemedecine.fr> (consulté le 15/06/2009).
- [29] WALDENSTROM U. Early and late discharge after hospital birth: fatigue and emotional reactions in the postpartum period. 1988.

ANNEXES

ANNEXE I

PLAN « périnatalité »
2005 - 2007
humanité, proximité, sécurité, qualité

<i>présentation</i>	1
1. Plus d'humanité	2
1.1. Par la mise en place d'un « entretien individuel du 4 ^{ème} mois ».....	2
1.2. Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance	4
1.3. Par la participation des usagers.....	6
1.4. Par une information complète et continue.....	7
1.4.1. Au sein des réseaux de périnatalité	7
1.4.2. Grâce à un carnet de santé de la maternité actualisé intégré au dossier médical personnel.....	8
1.4.3. Grâce à une meilleure connaissance du parcours des usagers.....	10
1.5. Par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité	11
1.6. Par l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante.....	14
1.7. Par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.....	15
1.8. Par une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie.....	17
2. Plus de proximité	18
2.1. Par le développement des réseaux en périnatalité.....	18
2.2. Par le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité.....	20
2.3. Par le service de protection maternelle et infantile (PMI), acteur-clé du réseau de périnatalité... ..	21
2.4. Par la participation des sages femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.....	23
3. Plus de sécurité	24
3.1. Par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels.....	24
3.2. Par des transports mieux organisés et renforcés.....	25
3.3. Par la mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique.....	26
3.4. Par l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)	27
3.5. Par une implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité.....	28
4. Plus de qualité	29
4.1. Sur la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité.....	29
4.2. Sur l'échographie	29
4.3. Sur l'assistance médicale à la procréation	31
5. Mieux reconnaître les professionnels de la naissance	32
5.1. Par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité.....	32
5.2. Par la valorisation des compétences des professionnels de la naissance.	32
5.2.1. Sages-femmes	32
5.2.2. Puéricultrices	33
5.2.3. Médecins (gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, généralistes).....	34
5.3. Par une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques,	36
5.4. Par une étude approfondie sur la responsabilité médicale.....	37
6. Suivi et évaluation du plan	38
6.1. Un suivi attentif... ..	38
6.2. ...grâce au développement d'un système d'information performant en périnatalité.	38
<i>Annexe 1 - Etat des lieux et objectifs</i>	40
<i>Annexe 2 - Fiche financière</i>	42

ANNEXE II

Prise en charge téléphonique

24 H/24, 7 JOURS/7
Unité mère enfant
91 : 03 82 55 84 12
92 : 03 82 55 84 15

De 8h30 à 17h00
Les sages femmes d'HAD
06 76 45 73 90
06 75 35 13 83

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

Encodation/Relecture: Cédric Cornu (CNR) / Impression: Service Client (M4) 201



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

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

SOIT "Un séjour classique"
(d'environ 5 jours pour un accouchement et 7 jours pour une césarienne)
Toute l'équipe soignante sera à votre écoute
pour vous aider à bien démarrer votre nouvelle vie avec bébé.

SOIT

"Un retour précoce à votre domicile avec relais"
dès le 3^e jour après votre accouchement / à partir du 4^e jour après une césarienne

L'hospitalisation à domicile (H.A.D.)

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

Un relais avec votre sage femme libérale

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

Père femme enfant
0825 36 412 - 08 25 56 415
Docteur WELTER
Chef de service
0825 36 407

Ebaucette

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

Thionville, le

Madame, Monsieur, cher (e) confrère

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

Mode d'accouchement :

- voie basse
- césarienne, profil
- intact
- épisiotomie
- dischisme, type
- péridurale
- rachis anesthésié
- anesthésie générale

Elle présente :

- aucun ATCD particulier
- des ATCD tels qu'é

Tab. régime

- oui
- non

Les suites de la naissance sont physico-patues : l'examen clinique du jour montre

- un état général et des constantes normales, un taux d'hémoglobine à g/dl
- une involuonutérine à

des lésions :

- sanglantes
- séros-saignantes

un périnée :

- intact
- en voie de cicatrisation

une plaie abdominale

- saine
- en voie de cicatrisation

seins souples

- congestions
- autres

menbrures inférieures

Les suites de la naissance ont été marquées par :

- une anémie à g/dl d'hémoglobine
- une infection urinaire
- une infection génitale

autres syndromes infectieux

- une insuffisance veineuse
- une thrombose superficielle

des complications périnéales

- des complications liées à l'allaitement
- autres complications

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

traitement prescrit de pendant

Fiche de clôture de la sortie précoce entre les Sages-Femmes libérales et la maternité CHR Bel Air – Thionville.

Étiquette patiente

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

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

Difficulté du lien mère-enfant : Oui :
 Non

Mère : Examen clinique Physiologique
 Pathologique :

Enfant : Examen clinique Physiologique
 Pathologique :

Poids fin de suivi : g, Courbe de poids :

Ascendante

Stagnante

Descendante

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

Autre(s) examen(s) :

Difficulté(s) rencontrée(s) :

Consultation(s) (motif(s) et date(s)) :

Hospitalisation (motif et date) :

Relais :

Date :

Nom et signature de la Sage-Femme :

ANNEXE III

Les missions de la sage-femme libérale chargée du suivi à domicile sont nombreuses.

Concernant la mère

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

- Apprécier l'état de fatigue maternelle et le degré d'aide à domicile.
- Déceler d'éventuelles difficultés psychologiques et/ou sociales.
- Repérer les difficultés parentales (relations avec les autres membres de la fratrie).

Pratiquer un examen clinique quotidien

- Prendre la T°, les Pls et la TA, apprécier l'état général
- Examiner les seins
- Examiner les membres inférieurs, rechercher les signes de phlébite
- Surveiller l'involution utérine, l'importance et l'aspect des lochies
- Vérifier la cicatrisation périnéale ou l'incision de césarienne
- Selon le cas, procéder à des soins périnéaux et/ou à l'ablation de fils selon le protocole établie à la maternité
- Rechercher des signes urinaires anormaux, s'assurer de la reprise du transit
- Evaluer la douleur et la traiter
- Rechercher d'éventuelles complications infectieuses.

Pratiquer des examens complémentaires si besoin (NF ECBU)

Observer l'allaitement maternel et son efficacité

Evaluer les capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né

Vérifier la bonne prise du traitement prescrit et l'adapter si besoin

Donner des conseils d'hygiène de vie

Informé sur le retour de couches, la contraception (prescrire si besoin), la reprise de la sexualité, l'intérêt de la visite post-natale et de la rééducation postnatale

Vérifier la détention des coordonnées des professionnelles assurant le relais en urgence

Informé d'un relais possible par la puéricultrice de PMI ou autres associations

Compléter et renvoyer à la fin du suivi la fiche de clôture à la maternité.

Concernant l'enfant

Pratiquer un examen clinique et neurologique :

- Apprécier l'état général (coloration, tonus, pouls fémoraux) et le comportement.
- Surveiller le teint (recherche d'un éventuel ictère), l'état de la peau, de la langue, du cordon, du siège
- Contrôler l'aspect des urines et des selles
- Suivre l'évolution de la courbe de poids
- S'assurer de l'absence de troubles digestifs
- Surveiller la température si besoin

Pratiquer des examens complémentaires si nécessaire (bilirubinémie, bilan infectieux)

Vérifier l'administration quotidienne de vitamine D et la compréhension de la prescription délivrée par la maternité.

Donner des conseils de puériculture

Informé sur les besoins de l'enfant et ses rythmes biologiques

Apprécier la qualité des interactions entre la mère et son NNé

Informé sur l'intérêt du suivi de l'enfant (calendrier du suivi médical, vaccinations)

ANNEXE IV

Nomenclature générale des actes professionnels - NGAP

TITRE XI - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ
CHAPITRE II - ACTES LIÉS À LA GESTATION ET À
L'ACCOUCHEMENT (modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

Section 2 - Actes réalisés par les sages-femmes

6° Forfait journalier de surveillance en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7. Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits : 16 SF
- pour les autres forfaits : 12 SF

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits : 21 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

Actes en SF	2,65
-------------	------

Les tarifs conventionnels

Article mis à jour le 28 avril 2008.

Consultez ci-dessous les tarifs conventionnels applicables à compter du 23 avril 2008 pour les actes obstétricaux, les soins infirmiers et les indemnités journalières.

Tarifs en euros à compter du 23 avril 2008		
Actes obstétricaux	Départements métropolitains	Départements d'Outre-mer
C : consultation	17	17
V : visite	17	17
CG : examens médicaux du suivi de la grossesse	19	19
SP : séances de suivi postnatal	18,55	18,55
SF 118 : accouchement simple	312,70	312,70
SF 130 : accouchement gémellaire	344,50	344,50
Actes en SF	2,65	2,65
Majoration de dimanche* et jour férié	21,00	21,00
Majoration de nuit de 20h à 0h et de 6h	35,00	35,00

à 8h		
Majoration de nuit de 0h à 6h	40,00	40,00
IFD : indemnité forfaitaire de déplacement	3,81	3,81

Tarifs en euros à compter du 23 avril 2008		
Indemnités kilométriques	Départements métropolitains	Départements d'Outre-mer
Indemnité kilométrique en plaine	0,38	0,38
Indemnité kilométrique en montagne	0,61	0,61
Indemnité kilométrique à pieds ou à ski	3,35	3,66

Questionnaire

Je suis Charlène RAULIN, étudiante Sage-Femme en fin de formation à l'Ecole de Sage-Femme de METZ. Dans le cadre du mémoire de fin d'études que je réalise sur le thème du retour précoce à domicile après l'accouchement, je sollicite votre participation pour répondre à ce questionnaire qui restera anonyme.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

- Suivi de grossesse : Gynécologue de ville
 Gynécologue hospitalier
 Sage-Femme hospitalière
 Sage-Femme Libérale
 Médecin traitant

- Quel(s) autre(s) professionnel(s) est (sont) intervenu(s) au cours de la grossesse ?
 Diététicien(ne)

 Psychologue

 Gynécologue (ne suivant pas la grossesse)
 Sage-Femme (ne suivant pas la grossesse)
 Autre(s), précisez :.....

- Pour quel(s) motif(s) :.....
.....

- Avez-vous assisté à des séances de Préparation à la naissance :
 oui, nombre :
 non

- Accouchement :
- avez-vous eu un accouchement : normal déclenché

- pour l'expulsion, y a-t-il eu besoin : aucun instrument ventouse
 forceps

- de plus, avez-vous eu : périnée intact épisiotomie déchirure

- Enfant : - sexe : masculin féminin

- poids : < 2500 g 2500-2999 g 3000-3499 g
 3500-3999 g ≥ 4000g

- Allaitement : maternel artificiel mixte

Précisez :

• Concernant :

• **l'allaitement maternel** :

- comment vous sentez-vous par rapport à :

- **la mise au sein** : très à l'aise à l'aise peu à l'aise pas du tout à l'aise

- précisez :

- **le rythme des tétées** : très à l'aise à l'aise peu à l'aise pas du tout à l'aise

- précisez :

non concernée par l'allaitement maternel

• **l'allaitement artificiel** :

- comment vous sentez-vous par rapport à :

- **l'administration d'un biberon** : très à l'aise à l'aise peu à l'aise pas du tout à l'aise

- précisez :

- **la quantité de lait à donner au bébé** : très à l'aise à l'aise peu à l'aise pas du tout à l'aise

- précisez :

non concernée par l'allaitement artificiel

• Y a-t-il d'autres points sur lesquels vous pensez n'avoir pas été assez informée ?

oui, précisez :

.....

non

• Concernant la relation avec votre bébé, comment vous sentez-vous :

très à l'aise à l'aise peu à l'aise pas du tout à l'aise

- précisez :

.....

• Avez-vous des attentes particulières vis-à-vis des Sages-Femmes qui vous suivront à domicile ?

SATISFACTION/RESSENTI DES FEMMES

- Quels avantages et/ou inconvénients avez-vous trouvé quant à ce mode de sortie ?

- avantages :

- inconvénients :

- Pensez-vous que la Sage-Femme a répondu à vos attentes/besoins ? oui
 non

- si oui, de quelle manière ?

- sur quel(s) sujet(s) auriez-vous aimé plus d'informations/écoute ?

- Avez-vous rencontré des difficultés par rapport à ces soins :

soins du cordon ombilical change bain
 mode de couchage surveillance du poids du bébé
 allaitement maternel allaitement artificiel
 autres, précisez :

- selon vous, à quoi pourrait être dues ces difficultés ?

- comment avez-vous résolu ces difficultés ?

aucune difficulté rencontrée

- De plus, avez-vous rencontré :

- des difficultés dans la relation avec votre bébé ? oui non

- une fatigue morale : oui non

- une fatigue physique : oui non

- comment cela s'est-il traduit ?

- quel type d'aide avez-vous trouvé pour y remédier ?

- Le nombre de visites de la Sage-Femme vous a-t-il semblé : trop faible
 correct
 trop élevé

RESUME

De part le niveau croissant actuel de naissances en France, mais aussi les restrictions budgétaires, le manque de professionnels et de « lits » en maternité ainsi que l'évolution des demandes des familles, le retour précoce à domicile après l'accouchement s'avère de plus en plus inévitable.

Bien que n'ayant aucune expérience antérieure de la maternité, les primipares sont de plus en plus demandeuses de sortir au plus tôt de la maternité.

Dans ce contexte, plusieurs questions se posent : Que recherchent ces femmes dans ce mode de sortie ? Sont-elles satisfaites des moyens mis en place lors du suivi à domicile par les sages-femmes libérales ?

Une étude a été menée auprès des primipares sorties au 3^{ème} jour après l'accouchement (avant leur sortie et à la fin du suivi à domicile).

Les résultats ont montré une satisfaction globale des femmes, avec cependant deux principaux axes qui seront d'autant plus à renforcer par la possibilité de sortie de maternité dès 24 heures de vie du nouveau-né, qui sont d'une part l'information donnée pendant la grossesse et d'autre part l'accompagnement à la parentalité par les sages-femmes.