



HAL
open science

Évaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand

Amandine Depalle

► **To cite this version:**

Amandine Depalle. Évaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00762523

HAL Id: dumas-00762523

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00762523>

Submitted on 14 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

Université d'Auvergne Faculté de médecine

**EVALUATION DE LA PREPARATION AU
RETOUR A DOMICILE DES ACCOUCHEES
AU CHU DE CLERMONT-FERRAND**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU

PAR

AMANDINE DEPALLE

NEE LE 12 NOVEMBRE 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

A travers ces quelques lignes je tiens à remercier :

Brigitte TAWIL, Aurélie MEJEAN-LAPAIRE et Delphine POUMEYROL pour leur aide précieuse et leur soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Mes camarades de promotion pour les bons moments passés ensemble durant ces études de sages-femmes.

Un grand merci à mes parents et à mes ami(e)s qui m'ont encouragée et soutenue notamment durant cette dernière année.

Et merci tout particulièrement à Christophe.

GLOSSAIRE

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile

RPDA : Retour précoce à domicile après accouchement

RSPA : Réseau de santé périnatal d'Auvergne

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
1. La période du post-partum.....	2
2. La durée du séjour en maternité.....	7
3. Les aides possibles à domicile en Auvergne.....	13
4. Le PRADO (Programme d'accompagnement au retour à domicile).....	18
MATERIEL ET METHODES	
1. Les objectifs de l'étude.....	19
2. Le type d'étude.....	19
3. Matériel.....	19
4. Méthode.....	20
5. Analyse statistique.....	21
RESULTATS	
1. Les données générales.....	22
2. La durée du séjour en maternité.....	24
3. Les informations données pendant la grossesse.....	26
4. Les informations données pendant le séjour en suites de couches.....	28
5. La satisfaction des patientes.....	39
6. L'apprentissage des soins du nouveau-né.....	40
7. Les attentes des patientes.....	43
DISCUSSION	
1. Les forces et les faiblesses et de l'étude.....	45
2. Les données générales.....	46
3. la durée du séjour en maternité.....	46
4. Les informations données pendant la grossesse.....	47
5. les informations données pendant le séjour en suites de couches.....	48
6. La satisfaction des patientes.....	53
7. L'apprentissage des soins du nouveau-né.....	54
8. Les attentes des femmes.....	55
9. Projets d'action.....	56
CONCLUSION	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXE	

Le séjour en suites de couches constitue une étape charnière dans la vie d'une jeune mère. A une époque où la transmission transgénérationnelle des savoirs n'est plus forcément la règle, les femmes attendent parfois beaucoup de cette hospitalisation à la maternité. En quelques jours, elles doivent faire connaissance avec leur enfant, apprendre les premiers soins qu'elles leur prodigueront et acquérir une autonomie nécessaire pour que leur retour à domicile s'effectue dans les meilleures conditions possibles.

La politique actuelle en matière d'économie de la santé étant à la réduction des séjours en maternité, la préparation au retour à domicile des accouchées constitue une question pleinement d'actualité.

De plus, alors que dans de nombreux pays Européens un suivi systématique des accouchées à domicile est instauré, en France les femmes se retrouvent parfois seules face à leurs interrogations une fois de retour chez elles. D'où l'importance qu'elles soient le mieux préparées possible durant leur séjour en suites de couches.

Les petites maternités disparaissant au fur et à mesure au profit de plus grandes structures, il était intéressant d'évaluer la préparation des accouchées au retour à domicile dans la maternité d'un grand centre hospitalier.

L'objectif principal de notre étude est de savoir si les informations nécessaires à ce retour ont été données aux femmes durant leur séjour en suites de couches.

Les objectifs secondaires ont pour but de voir si la durée du séjour influe sur la qualité des informations reçues par les jeunes mères, si elles sont satisfaites de leur séjour et si, enfin, elles se sentent aptes à réaliser seules les soins de leur nouveau-né à l'issue de leur hospitalisation.

Suite à l'analyse de nos résultats, notre étude aboutit à la proposition de plusieurs projets d'action en lien direct avec les compétences des sages-femmes dans le suivi prénatal et postnatal.

1. La période du post-partum

La période du post-partum, appelée plus communément les suites de couches, débute deux heures après l'accouchement et se termine environ six semaines après ce dernier par le retour des menstruations (retour de couches). Pendant cette période, les modifications d'ordre physique et psychique de l'organisme maternel survenues au cours de la grossesse vont disparaître pour revenir à leur état antérieur.

Ce retour à l'état initial ne va cependant pas s'effectuer sans entraîner des bouleversements. Les principales modifications qui s'opèrent durant cette période sur le plan physique sont l'involution du corps utérin, la fermeture du col utérin, la régression des lochies, la mise en route de l'allaitement maternel et le retour progressif à la normale de la coagulation sanguine. D'autre part, les modifications hormonales et le changement considérable que constitue la naissance d'un enfant vont générer sur le plan psychique un véritable chamboulement. Bien que le post-partum relève d'un processus physiologique, des complications peuvent avoir lieu durant cette période si particulière de la vie d'une femme. [1] [2]

1.1 Les complications maternelles

1.1.1. Sur le plan physique

Les complications hémorragiques : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'hémorragie du post-partum est une hémorragie d'origine utérine, survenant dans les 24 heures suivant l'accouchement, responsable d'une perte sanguine d'au moins 500 ml pour un accouchement par voie basse. Cette hémorragie peut être retardée, ce qui nécessite une surveillance particulière de la femme les premiers jours du post-partum (surveillance de l'involution, de la tonicité et de la sensibilité utérine ; de l'abondance et de l'odeur des lochies ; de la non désunion de l'éventuelle suture vaginale et périnéale). Les principales causes d'hémorragie génitale retardée pendant les suites de couches sont l'inertie utérine isolée, l'endométrite hémorragique, la rétention placentaire et le retour de couche hémorragique.

Les complications thromboemboliques : Une hypercoagulabilité domine en post-partum et reste particulièrement marqué dans les trois semaines après l'accouchement. Le risque de thrombose veineuse est réel et est majoré par l'allaitement prolongé et un mauvais état veineux. Les principales formes de thrombose veineuse du post-partum sont la thrombose veineuse superficielle, la thrombose veineuse profonde et la phlébite pelvienne. L'examen minutieux des membres inférieurs a donc ici toute son importance.

Les complications infectieuses : L'endométrite est la première cause de fièvre du post-partum. L'infection urinaire et les complications infectieuses liées à l'allaitement maternel sont également relativement fréquentes dans le post-partum.

Les complications liées à l'allaitement maternel : Outre l'inconfort et l'éventuelle altération de l'état général, elles peuvent générer un certain stress pour les mères allaitantes. Il peut s'agir de crevasses, d'un engorgement mammaire, d'une mastite non infectieuse à type de lymphangite ou bien encore d'une mastite infectieuse à type de galactophorite ou d'abcès du sein.

1.1.2. Sur le plan psychique

Les changements de vie liés à la naissance d'un enfant nécessitent de la part des mères des ajustements tant sur le plan émotionnel que comportemental et cognitif. La mère doit intégrer de nouvelles fonctions (nourricière, protectrice, soignante...) et assumer de nouvelles responsabilités. Suite à la naissance d'un enfant, certaines mères peuvent donc présenter des réactions de stress, des états anxieux ou dépressifs ou encore des difficultés d'attachement à l'enfant [3]

Les difficultés d'attachement mère-enfant :

Il est actuellement démontré que l'enfant naît avec un équipement biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachements. Il existe par ailleurs chez la mère des facteurs biologiques et psychologiques qui vont la conduire à des comportements très spécifiques destinés à répondre à ces besoins d'attachement.

Dès la naissance, le nouveau-né cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci

va apporter à ses sollicitations. Un nouveau-né ne peut pas ne pas s'attacher. Il faut des situations extrêmes (à type de négligence sévère) pour avoir ce trouble grave qu'est l'absence d'attachement. Si l'enfant est attaché, c'est la qualité de son attachement qui peut varier. Un des facteurs clés de cette qualité de l'attachement est la qualité des soins parentaux en réponse aux besoins du nouveau-né.

La grossesse et l'accouchement représentent des facteurs facilitants ou déclenchants dans les changements qui affectent la mentalité d'une mère qui vient d'accoucher. Il s'agit de la préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott. Cependant, la multiplicité des stress environnementaux et interpersonnels peuvent affaiblir les ressources maternelles mises en œuvre en réponse à ces besoins d'attachement. [4]

Le blues du post-partum : Ce trouble émotionnel dure de quelques heures à quelques jours et touche environ une femme sur deux entre le troisième et le dixième jour suivant une naissance. Il se caractérise par des accès de pleurs, une labilité de l'humeur, une anxiété, une irritabilité et parfois une exaltation de l'humeur. L'étiologie du blues du post-partum n'est pas clairement établie. Le soutien de l'entourage doit permettre de résoudre ce trouble en moins de deux semaines, autrement il faut craindre une évolution vers une dépression du post-partum. [5]

La dépression du post-partum : Les principaux symptômes de la dépression du post-partum sont les pleurs, l'asthénie majeure, le sentiment d'incapacité à s'occuper correctement de son enfant, l'absence de plaisir lors des soins donnés à l'enfant, les phobies d'impulsion (c'est à dire la crainte de blesser son enfant), l'irritabilité et la labilité émotionnelle. La majorité des dépressions mineures et des troubles de l'adaptation cessent spontanément en un mois alors que les épisodes dépressifs majeurs caractérisés ont une évolution plus péjorative. En effet, dans ce cas, une femme sur deux a encore des symptômes à un an. De plus, le risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse est plus élevé chez les femmes ayant fait leur premier épisode dépressif en post-partum. La prévalence du trouble est estimée entre 2% et 6% pour les dépressions majeures et entre 6% et 10% pour les formes mineures. [5]

La psychose puerpérale : Une récente étude de 2009 retrouve une incidence de 1,2/1000 naissances durant les quatre-vingt-dix premiers jours du post-partum avec un pic lors du premier mois. La moitié des patientes présentant un épisode psychotique dans le post-partum n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie auparavant. L'hypothèse d'une vulnérabilité biologique en rapport avec les fluctuations hormonales du post-partum et notamment la chute du taux d'estrogènes est souvent mise en avant mais avec des résultats discordants selon les études. Les premiers symptômes sont les troubles du sommeil et l'irritabilité. Apparaissent ensuite une labilité de l'humeur, un comportement désorganisé voir incompréhensible, sous-tendu par un syndrome délirant. La thématique du délire est généralement centrée sur l'enfant et sa naissance. Ce tableau clinique peut dans les cas les plus graves conduire la mère à commettre un infanticide. [5]

1.2 Les complications néonatales

Le nouveau-né traverse dans les premières heures et les premiers jours de sa vie une période d'adaptation à la vie extra-utérine constituée d'ajustements sur le plan fonctionnel, métabolique, circulatoire et respiratoire. Une observation attentive de l'enfant doit permettre de détecter le plus tôt possible le moindre indice de dysfonctionnement. Une connaissance appropriée de la physiologie néonatale est donc absolument nécessaire.

Les principales affections sévères susceptibles de se manifester au-delà de quarante-huit heures de vie sont : [6]

- Des troubles alimentaires liés aux échecs de l'allaitement maternel. En plus des conséquences nutritionnelles (déshydratation par exemple), ces troubles augmentent la fragilité du nouveau-né vis-à-vis des infections.
- L'hyperbilirubinémie avec risque d'encéphalopathie ou ictère nucléaire.
- Les infections materno-fœtales à révélation secondaire ou nosocomiale.
- Les défaillances cardiocirculatoires dans le cadre de certaines cardiopathies congénitales ou lors de la constitution postnatale de la coarctation de l'aorte.
- Des troubles consécutifs à l'imprégnation médicamenteuse anté- ou périnatale.

- Des infections congénitales à symptomatologie discrète ou retardée.
- Des anomalies orthopédiques.

De ce fait, l'Académie Nationale de Médecine rappelle en 2005 que « *la physiologie de l'adaptation rend le nouveau-né, même à terme, particulièrement vulnérable dans la première semaine de vie, et que, si le retour précoce à domicile devient un fait de société, il ne relève pas d'un progrès médical* ». [6]

1. La durée du séjour en maternité

2.1 Etat des lieux

En France, la durée moyenne d'hospitalisation après un accouchement normal est actuellement de 4,4 jours [7]. Une durée d'hospitalisation plus courte est cependant la règle dans d'autres pays industrialisés. [8]

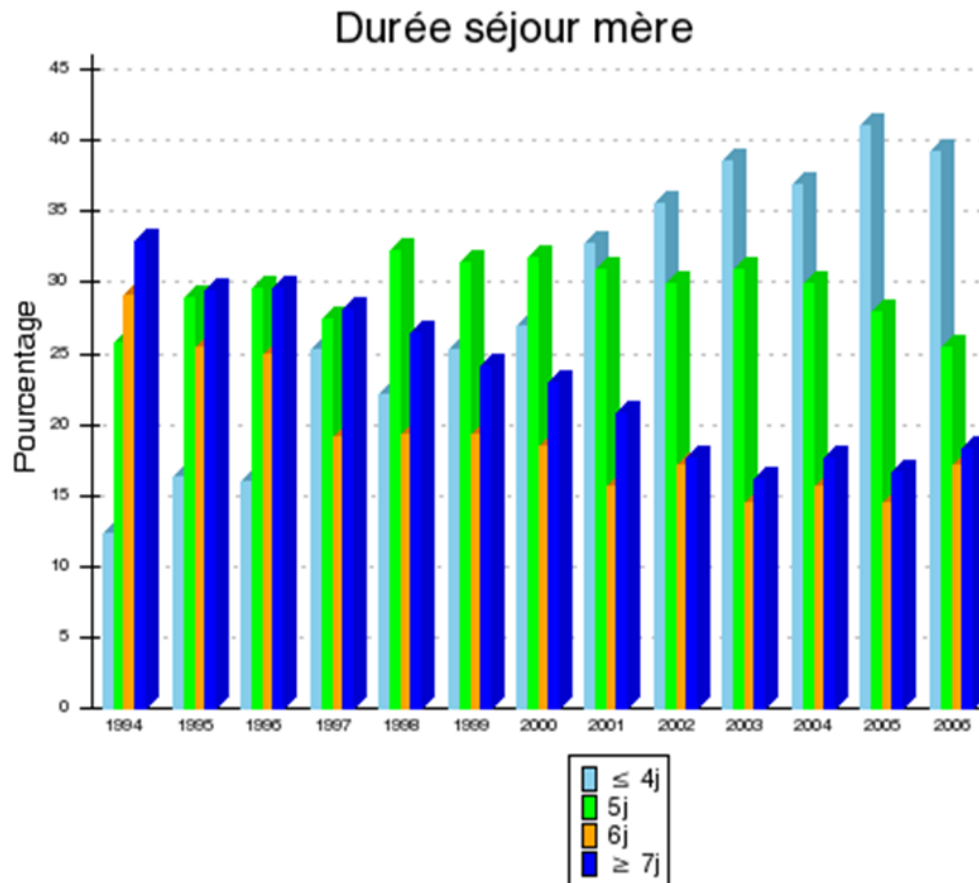
Aux États-Unis, cette durée n'a cessé de diminuer depuis vingt-cinq ans. Elle était en moyenne de 2,1 jours en 1992. Cependant, la fréquence des hospitalisations de nouveau-nés après une sortie très précoce a amené les sociétés savantes pédiatriques et gynécologiques à recommander une durée minimale d'hospitalisation de 48 heures suivies de visites à domicile par une sage-femme.

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

En Angleterre, la durée du séjour hospitalier après un accouchement normal varie de six heures à deux jours. Les sages-femmes, là encore, se rendent quotidiennement au domicile des accouchées pendant les dix jours suivant l'accouchement.

Globalement, la durée d'hospitalisation est donc beaucoup plus brève dans l'ensemble de ces pays. Cependant, le suivi à domicile y est systématique.

En France, la tendance actuelle est au raccourcissement du séjour hospitalier post-partum, comme en témoigne ce graphique représentant l'évolution de la durée du séjour hospitalier post-partum de 1994 à 2006 dans les maternités du réseau AUDIPOG : [9]



2.2 Les sorties précoces

D'après la HAS (Haute Autorité de Santé), une sortie est considérée comme précoce en maternité lorsqu'elle s'effectue entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne. Cependant, une sortie est souvent considérée comme précoce si elle survient plus tôt que la durée de séjour habituelle dans le service de suites de couches d'une maternité donnée, durée de séjour elle-même variable selon les établissements et les régions. [10]

D'après une étude récente réalisée grâce à la base de données de ce même réseau sentinelle AUDIPOG, le taux de sortie précoce en maternité (définie ici par une durée de séjour inférieure ou égale à 3 jours en cas d'accouchement par voie basse et

inférieure ou égale à 5 jours en cas de césarienne) est passé de 3% des accouchées en 1997 à 7% en 2002. [10] Elle est le plus fréquemment pratiquée dans les maternités de niveau II et III. Les femmes bénéficiant d'une telle sortie sont le plus souvent des multipares, sans pathologie de la grossesse, ayant accouché à terme d'un enfant unique pesant plus de 2500g ne présentant pas de risque infectieux, sans hémorragie de la délivrance.

D'après cette même étude, on peut estimer la proportion de femmes pouvant bénéficier à ce jour d'une sortie précoce à 40% des primipares et 55% des multipares en cas d'accouchement par voie basse, et à 25% des primipares et 30% des multipares en cas de césarienne. Les modalités de sortie précoce diffèrent beaucoup selon les régions et elle semble essentiellement pratiquée dans la région Ile-de-France. En effet, l'HAD (Hospitalisation à Domicile) reste peu développée dans l'ensemble du pays et fonctionne majoritairement à Paris et en région parisienne.

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a défini en 2004 des critères afin d'évaluer de l'opportunité du retour précoce à domicile pour chaque couple mère-enfant. [11] Le RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement) ne s'adresse a priori qu'aux couples mère-enfant à bas risque médical, social et psychologique. Concernant la mère, il faut s'assurer avant le départ de celle-ci de l'absence de signes d'infection, du contrôle du risque hémorragique et de la douleur, de l'instauration correcte du lien mère-enfant. D'autre part, il faut prendre en compte l'état psychique de cette dernière et prévenir les risques d'échec de l'allaitement maternel. En ce qui concerne le nouveau-né, il faut prendre en compte le risque lié à l'hyperbilirubinémie, le risque infectieux néonatal et le risque de déshydratation. De plus, les tests de dépistage doivent être réalisés ou tout du moins planifiés avant la sortie. Trois conditions de base doivent être respectées pour autoriser un RPDA :

- Le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales doivent être satisfaisants à la date envisagée pour le départ.
- La mère doit avoir une compétence et une autonomie suffisantes pour l'allaitement, les soins au nouveau-né et pour l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son nouveau-né.

- Le suivi doit être assuré à domicile par un ou des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement maternel et des soins de puériculture.

2.3. Le point de vue des professionnels et des mères sur l'évolution de la durée du séjour en maternité

Lors d'une enquête réalisée en 1998 à la maternité de l'hôpital Louis Mourier, à Colombes, le point de vue des mères et des professionnels a été recueilli au sujet de la durée de séjour en maternité après un accouchement normal. [8] Tous les professionnels interrogés étaient favorables à une durée d'hospitalisation supérieure à trois jours : cinq jours en moyenne, quatre jours pour les gynécologues obstétriciens. Pour la grande majorité de ces professionnels, la prolongation de l'hospitalisation permettait souvent ou toujours d'assurer l'éducation des mères, de leur apporter un sentiment de sécurité, d'établir la relation mère-enfant, de dépister les problèmes relationnels ainsi que les dépressions du post-partum et les difficultés d'allaitement. Le dépistage des troubles de croissance du nouveau-né ou de problèmes médicaux chez la femme ainsi que le repos étaient perçus comme des bénéfices un peu moins fréquents.

Quel que soit le type de soins considéré, la proportion de femmes s'estimant compétentes variait peu entre J3 et J5, et était systématiquement supérieure à l'appréciation des professionnels. D'autre part, une femme sur trois avait trouvé son séjour trop long, quelle que soit la durée de son hospitalisation.

D'après les professionnels, les raisons nécessitant une hospitalisation de plus trois jours étaient : le bien-être physique et psychologique de la mère et de l'enfant, l'éducation des mères et la prévention de certaines difficultés pratiques, notamment en rapport avec l'allaitement. La prévention des problèmes somatiques était moins souvent citée.

Une autre enquête réalisée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a permis d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction de femmes ayant accouché en France à la fin de l'année 2006. Alors que

plus de 95% des femmes se déclaraient très ou plutôt satisfaites du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement, une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité. Ces reproches dans la préparation à la sortie de la maternité n'étaient pas directement imputés à la durée de leur hospitalisation, puisque les trois quarts des femmes jugeaient la durée du séjour adéquate et même 21% trop longue, contre seulement 7% qui l'estimaient trop prématurée. [12]

En ce qui concerne le versant pédiatrique, l'essentiel des études ayant été réalisé outre-Atlantique, les résultats de ces dernières sont difficilement interprétables, la sortie précoce correspondant là-bas à une sortie à J1 ou J2. Il convient donc d'accorder à la littérature, notamment nord-américaine, une lecture attentive puisque la notion de sortie précoce recouvre une réalité bien différente de ce qu'elle est actuellement en France. [13] De plus, les résultats de ces différentes études sont discordants. En effet alors que certaines montrent un taux de ré-hospitalisation plus important pour les nouveau-nés en cas de sortie précoce, d'autres ne montrent aucune différence. [14] Une étude réalisée en 1995, à la maternité de l'hôpital de Montmorency, a montré que, lorsque les sorties précoces sont accompagnées d'un suivi à domicile d'un minimum de deux jours, elles ne sont pas à l'origine de ré-hospitalisations des nouveau-nés (qu'un séjour « classique » à la maternité aurait permis d'éviter).

S'il est admis que les nouveau-nés doivent faire l'objet d'une surveillance attentive, les modalités de ce suivi sont actuellement discutées. La plupart des pédiatres s'accorde à dire que pour que cette évolution vers plus de sorties précoces ne se fasse pas au détriment de la santé des nouveau-nés, plusieurs impératifs sont à prendre en compte : [15]

- La surveillance pédiatrique après le retour à domicile doit être renforcée sur le plan organique (poids, ictère, alimentation, examen clinique) mais aussi psychologique (dépistage des troubles de l'interaction mère-enfant).

- De véritables réseaux de soins permettant une collaboration étroite entre l'équipe obstétricale et pédiatrique au-delà des murs de l'établissement hospitalier doivent être mis en place.

- Des aides destinées aux mères doivent être instaurées (aide-ménagères, puéricultrices, assistance téléphonique...).
- Une collaboration avec le médecin qui assurera le suivi ultérieur de l'enfant doit être réalisée.

Enfin, une évaluation réalisée à Nancy en 2005 a permis de conclure qu'instituer un programme de sortie précoce implique d'établir un réseau de surveillance adapté et une grille de critères permettant de sélectionner les nouveau-nés à « bas risque ». En attendant la réalisation de futurs travaux, les recommandations de la HAS [11] semblent pertinentes pour guider l'élaboration d'un tel projet. [16]

3. Les aides possibles à domicile en Auvergne

L'évolution de la structure familiale de la famille élargie (qui pouvait recouper plusieurs générations) à la famille conjugale (qui correspond au couple parents-enfants), voire monoparentale, a modifié la façon dont les femmes vivent leur maternité. En effet, les femmes se retrouvent parfois seules pour faire face à l'arrivée de leur enfant, sans pouvoir se reposer sur une famille aujourd'hui souvent éclatée. De ce fait, une fois le seuil de la maternité franchi, il est important que ces nouvelles mères aient facilement accès à des professionnels ou à des structures comme :

3.1 Le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

Ce réseau (RSPA) a été créé à l'initiative d'établissements de santé privés et publics d'Auvergne dont le Centre Hospitalier Universitaire Estaing fait partie.

Il est précisé que ce réseau concerne d'abord les professionnels de santé en périnatalogie d'Auvergne mais qu'il pourra, si besoin, être étendu à d'autres établissements de santé ainsi qu'à tout autre acteur de santé indépendant souhaitant contribuer à la filière de soins périnataux ; en particulier les praticiens et sages-femmes libéraux ainsi que les personnels médicaux et paramédicaux des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). [17] De plus, pour que l'intervention prénatale et post-natale des différents acteurs soit cohérente, une articulation avec les services de PMI est prévue au sein du RSPA, en lien avec les Conseils Généraux des quatre départements de la région.

Les objectifs de ce réseau sont entre autres :

- De promouvoir le principe d'amélioration de la qualité de la prise en charge en assurant la continuité, la coordination des soins et l'optimisation de l'orientation du patient dans le respect des principes de graduation des niveaux de soins.
- D'améliorer la circulation des informations médicales dans l'intérêt des patients et le respect de la confidentialité.

- De favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveau-nés et de leur mère, y compris lorsque le niveau de soins nécessaire impose un éloignement du domicile familial.

Le RSPA est en accord avec le plan périnatalité 2005-2007 qui vise à mieux répondre aux attentes des usagers des maternités et à permettre à chacun un égal accès à des soins adaptés. Ce plan comporte un ensemble de mesures articulées autour de quatre grands axes : humanité, proximité, sécurité et qualité. Dans ce plan, l'accent est mis sur la création et le développement, sur l'ensemble du territoire, des réseaux en périnatalité (ville/PMI/hôpital) et sur le renforcement du rôle des centres périnataux de proximité. [18]

Ainsi ce réseau a donc tout son intérêt dans la coordination des soins entre la maternité et un éventuel suivi à domicile dont les femmes peuvent nécessiter en post-partum.

3.2. Les sages-femmes libérales

Le champ de compétences des sages-femmes est défini dans l'article L.41516-1 (1^{er} et 3^{ème} alinéa) du code de la santé publique comme suit [19] : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte [...] la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* » sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1.

Les règles particulières à l'exercice de la profession de sage-femme en libéral sont décrites dans la sous-section 3 du code de déontologie des sages-femmes. [20]

En 2010, les sages-femmes libérales représentaient 11, 4% des sages-femmes en activité, soit environ 2664 sages-femmes. [21] Outre leur rôle dans le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse, elles sont à même d'assurer (à domicile ou en cabinet) le suivi de la mère et de l'enfant, l'examen médical post-natal

six à huit semaines après l'accouchement (si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique) et la rééducation périnéale.

Les sages-femmes libérales jouent un rôle important dans le cadre des sorties précoces puisque l'une des conditions majeures du succès d'un RPDA est de compenser le manque de temps d'apprentissage en maternité par l'échelonnement des acquisitions bien avant la naissance et leur poursuite à domicile. [11] La qualité du relais entre les professionnels agissant à la maternité et à domicile est fondamentale dans le cadre du RPDA. Ce dernier ne doit d'ailleurs pas être autorisé avant que l'équipe responsable du suivi à domicile ait été prévenue, ait donné son accord et organisé le premier rendez-vous à domicile avec la mère. Un document de liaison spécifique comprenant les éléments utiles au suivi, conforme à la charte établie entre la maternité et l'organisation chargée du suivi à domicile, doit être remis à la mère au plus tard au moment du retour à domicile.

Par ailleurs, la HAS a précisé en avril 2005 dans ses recommandations que : *« toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et la période postnatale »*. [22] Depuis 2008, deux séances individuelles avec une sage-femme libérale sont prises en charge par l'assurance maladie du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal. Ces séances comportent des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant. Elles permettent de répondre à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent, ou à une demande des parents. 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 mère-enfant.
- 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.

Aucune étude ne précise combien de femmes bénéficient actuellement de ces séances de suivi post-natal.

3.3. La Protection Maternelle et Infantile

La PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. [23] Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. [24] Le service départemental doit disposer d'une sage-femme (pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année) et d'une puéricultrice (pour 250 enfants nés vivants) à plein temps.

Les missions de la PMI sont, entre autres, de mener des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, et notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires (entretien prénatal précoce par exemple). Elle s'intéresse aussi aux enfants de moins de six ans requérant une attention particulière et aux parents en période post-natale, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile. Des consultations sont assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés (à domicile ou au centre de PMI), en liaison avec le médecin traitant et/ou les services hospitaliers concernés.

Dans le cadre d'un suivi en période post-natale, la visite est généralement assurée par une sage-femme ou une puéricultrice de PMI et a pour objet de conseiller et d'orienter les parents en fonction de leurs besoins (soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique). Cette visite peut être complétée par d'autres interventions à domicile (celle d'un(e) psychologue, d'un(e) assistant(e) social(e), d'un(e) auxiliaire de vie sociale ou d'un(e) technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale).

3.4 Les associations

Dans le domaine de la médecine en général, le développement et la multiplication des associations d'usagers correspond à une évolution de la mentalité des patients et de leur entourage. Ces derniers souhaitent aujourd'hui être impliqués dans la prise en charge de leur pathologie, mieux informés et éduqués. Le rôle des associations peut être :

- une aide matérielle, à travers la diffusion de renseignements pratiques, d'adresses, de conseils de vie quotidienne.
- une diffusion d'informations par l'édition de brochures, de journaux.
- un soutien moral aux patients et aux familles.
- des actions de prévention, en faisant de précieux partenaires tant pour les patients que pour les soignants.

Il semble nécessaire que les soignants soient informés de l'existence des diverses associations, afin d'en informer à leur tour leurs patients et de leur offrir, s'ils le souhaitent, des possibilités de rencontres. [25] A titre d'exemple voici deux associations destinées aux mères allaitantes.

La Leche League (LLL) : Il s'agit d'une association de soutien à l'allaitement maternel qui existe en France depuis 1979. [26] C'est aujourd'hui la plus grande organisation de soutien à l'allaitement. Elle est présente sur tout le territoire grâce à 187 antennes locales. Les animatrices bénévoles de La Leche League sont des mères ayant allaité leur(s) enfant(s). Elles ont suivi une formation dispensée par LLL et continuent à se perfectionner par le biais de congrès et de documentation spécialisée. Par ailleurs, depuis 1986, La Leche League propose des programmes de formation pour les équipes de maternité, pédiatrie, néonatalogie et PMI, ou pour les professionnels exerçant en libéral.

Lact'écoute : Il s'agit d'une association clermontoise de soutien à l'allaitement maternel qui existe depuis 1998. Tout comme la Leche League, elle regroupe des bénévoles qui sont des mères ayant allaité leur(s) enfant(s) et qui souhaitent aider

d'autres femmes qui allaitent. Cette association propose une permanence téléphonique ainsi qu'un après-midi mensuel d'échanges sur le thème de l'allaitement maternel et met à disposition une bibliothèque avec des ouvrages sur le sujet. [27]

4. Le PRADO (Programme d'accompagnement au retour à domicile)

Ce programme, mis en place depuis 2008 par l'assurance maladie, viserait à réduire la durée moyenne de séjour en suites de couches de quatre à trois jours, en proposant aux accouchées la visite d'une sage-femme libérale dès leur sortie de la maternité, en contrepartie d'un séjour plus bref à l'hôpital. Cette proposition serait faite par une conseillère de l'assurance maladie qui rendrait visite aux accouchées durant leur séjour en maternité. A priori deux visites seraient prévues, une le lendemain de la sortie, la suivante 24 ou 48h plus tard. D'après l'assurance maladie, les femmes concernées par ce dispositif seraient celles âgées de plus de 18 ans, sans comorbidité ni complications, qui ont accouché par voie basse d'un enfant unique à terme qui ne nécessite pas un maintien en milieu hospitalier. [28]

Le PRADO, qui a été expérimenté dans quelques départements (notamment le Var) mais pas dans la région Auvergne, a reçu un accueil très mitigé, du fait notamment de l'intrusion d'un agent administratif au sein même de l'hôpital. [29] De plus, le nombre insuffisant de sages-femmes libérales et leur répartition inégale sur le territoire rend, pour le moment, ce dispositif inapplicable à grande échelle. [30]

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si les informations nécessaires à la préparation au retour à domicile des accouchées leur avaient été données durant leur séjour en suites de couches.

Les objectifs secondaires étaient multiples. Dans un premier temps, il s'agissait de voir si la durée du séjour influait sur la qualité de l'information donnée aux patientes. Dans un deuxième temps, l'objectif était d'évaluer la satisfaction des patientes à propos de leur séjour en maternité et, dans un dernier temps, de savoir si ces dernières se sentaient aptes à réaliser seules les soins de leur nouveau-né.

2. Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à visée étiologique.

3. Matériel

3.1 La population de l'étude

3.1.1 Les critères d'inclusion

- Les patientes hospitalisées dans le service de suites de couches du Centre Hospitalier Universitaire Estaing à Clermont-Ferrand.
- Les patientes ayant accouché par voie basse ou par césarienne d'un enfant vivant.

3.1.2 Les critères d'exclusion

- Les patientes ne comprenant pas (ou mal) la langue française et n'écrivant pas (ou mal) la langue française.
- Les patientes séparées de leur enfant durant leur séjour en maternité du fait de l'hospitalisation de ce dernier dans un autre service.

3.2 Les règles éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Le consentement de Madame Delpirou, cadre sage-femme supérieure du pôle d'obstétrique, et de Monsieur le Professeur Jacquetin, médecin chef du pôle gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, ont été recueillis par écrit après la présentation du sujet et des méthodes de l'étude. Le consentement des patientes a été recueilli oralement après présentation de ces mêmes éléments.

Lors de l'analyse des résultats, l'anonymat des femmes ayant participé à cette étude a été respecté.

4. Méthode

4.1 Les critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de patientes ayant reçu les informations nécessaires à la préparation de leur retour à domicile.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le pourcentage de femmes ayant reçu ces différentes informations dans le cadre d'une sortie précoce de la maternité (définie ici par une sortie à J3, J0 étant le jour de l'accouchement).
- Le pourcentage de femmes satisfaites de leur séjour en maternité.
- Le pourcentage de femmes se sentant aptes à réaliser seules les soins de leur nouveau-né.

4.2 Outil et méthode d'intervention

4.2.1 Outil

Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux patientes respectant les critères précédemment définis.

Ce questionnaire comprenait deux parties. La première partie permettait de recueillir des informations sur la population ainsi que d'obtenir des données sur le déroulement du séjour (attentes des femmes, satisfaction, distribution de supports d'information, mise en place de l'allaitement maternel...). La seconde partie permettait de savoir si, oui ou non, les différentes informations concernant la mère et son nouveau-né avaient été données, si ces dernières étaient confuses ou non, et enfin si les soins du nouveau-né avaient été montrés, appris, et semblaient acquis pour la patiente.

Ce questionnaire était composé de questions fermées et de questions ouvertes.

4.2.2 Méthode d'intervention

Nous avons distribué le questionnaire aux patientes, en main propre, la veille de leur départ du service de suites de couches. Une lettre présentant l'étude et le sujet accompagnait chaque questionnaire. Cette dernière précisait également que la seconde partie du questionnaire ne devait être remplie qu'après la visite du pédiatre qui autorisait la sortie du nouveau-né ; cette visite pouvant avoir lieu, notamment dans le cadre d'une sortie précoce, le jour même de la sortie.

En définitive, 215 questionnaires ont été distribués sur la période du 5 décembre 2011 au 15 janvier 2012.

5. Analyse statistique

Les données statistiques ont été analysées grâce au logiciel informatique Microsoft Excel 2011 et au logiciel « R ».

Les tests statistiques qui ont été employés sont le test du Khi^2 et le test de Fisher. La validité du test du Khi^2 impliquait que les effectifs attendus pour ce test soient supérieurs à 5. Lorsque ces derniers étaient inférieurs à 5 nous avons utilisé le test de Fisher. Le seuil de significativité qui a été retenu est 5%.

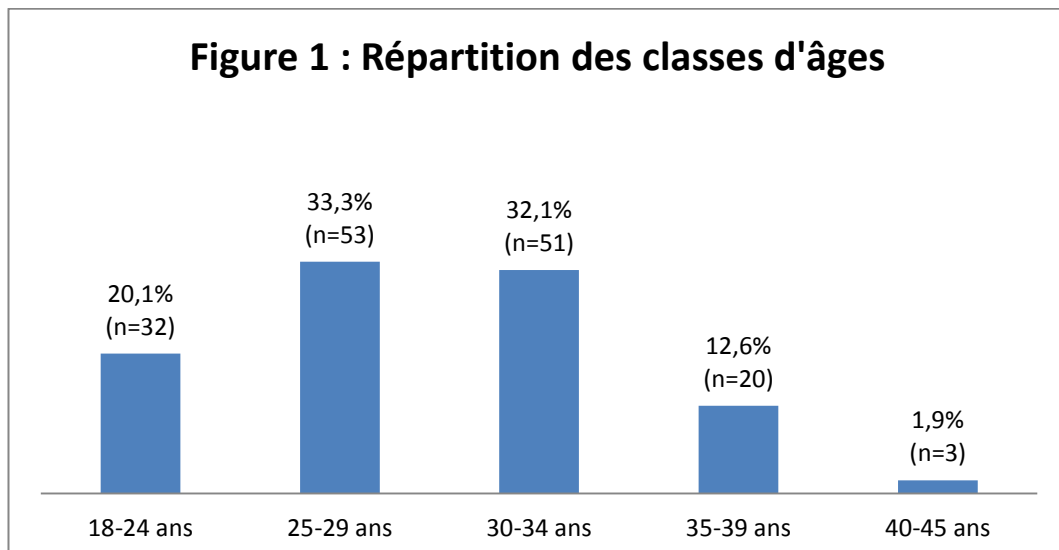
1. Les données générales

1.1 Le taux de réponse au questionnaire

- 215 questionnaires ont été distribués dans les différents secteurs de suites de couches du CHU Estaing.
- 174 questionnaires ont été récupérés (soit un taux de réponse de 80,9%).
- 159 questionnaires ont finalement été utilisés. Ceux dont la seconde partie n'était pas remplie ont été exclus tout comme ceux à partir desquels la durée de séjour ne pouvait pas être calculée. Finalement, 74% des questionnaires distribués ont donc été interprétés.

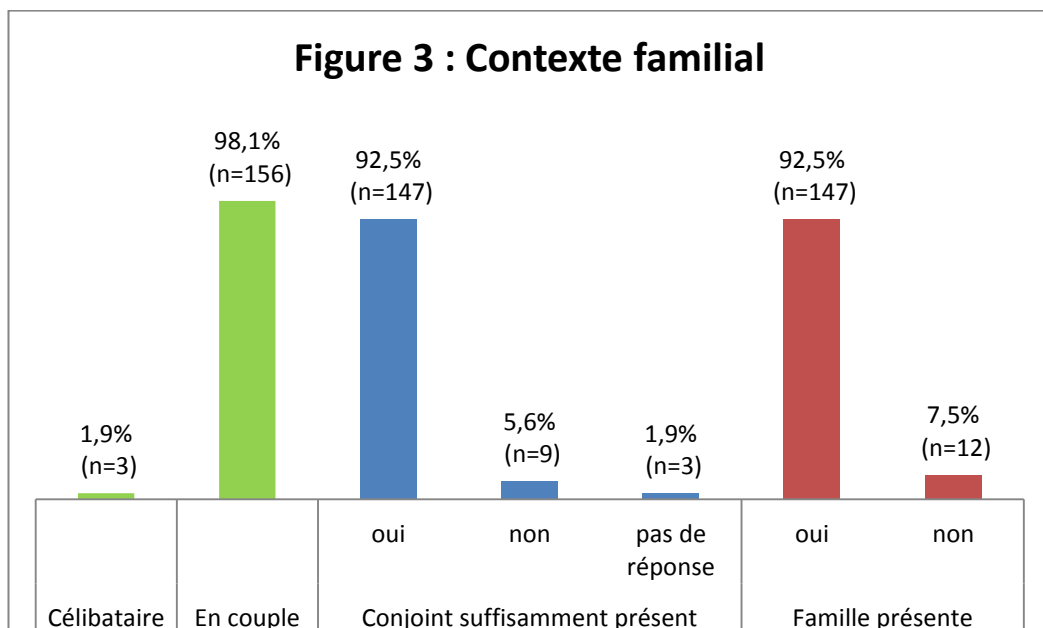
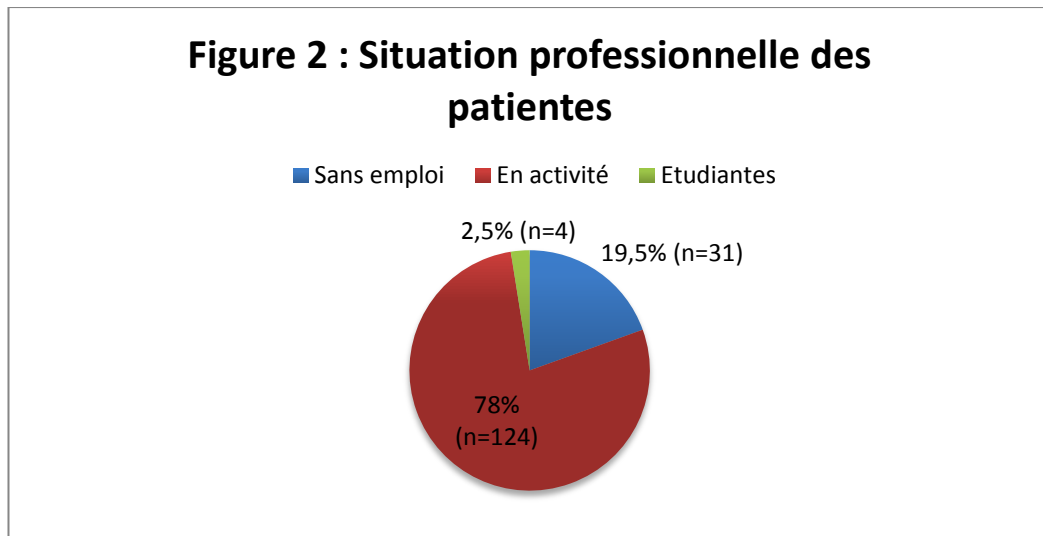
1.2 Les caractéristiques de la population

- Age



La moyenne d'âge de la population globale était de 29,9 ans ($\pm 4,96$) et la médiane de 30 ans. La moyenne d'âge des primipares était de 29,3 ans ($\pm 4,95$) contre 30,7 ans ($\pm 4,89$) pour les multipares.

- **Contexte socio-économique et psycho-social**



- **Parité**

56% (n=89) des patientes étaient des primipares.

Parmi les multipares qui représentaient 44% (n=70) de la population de cette étude :

- 29,6% (n=47) étaient des deuxièmes pares.
- 11,9% (n=19) étaient des troisièmes pares.

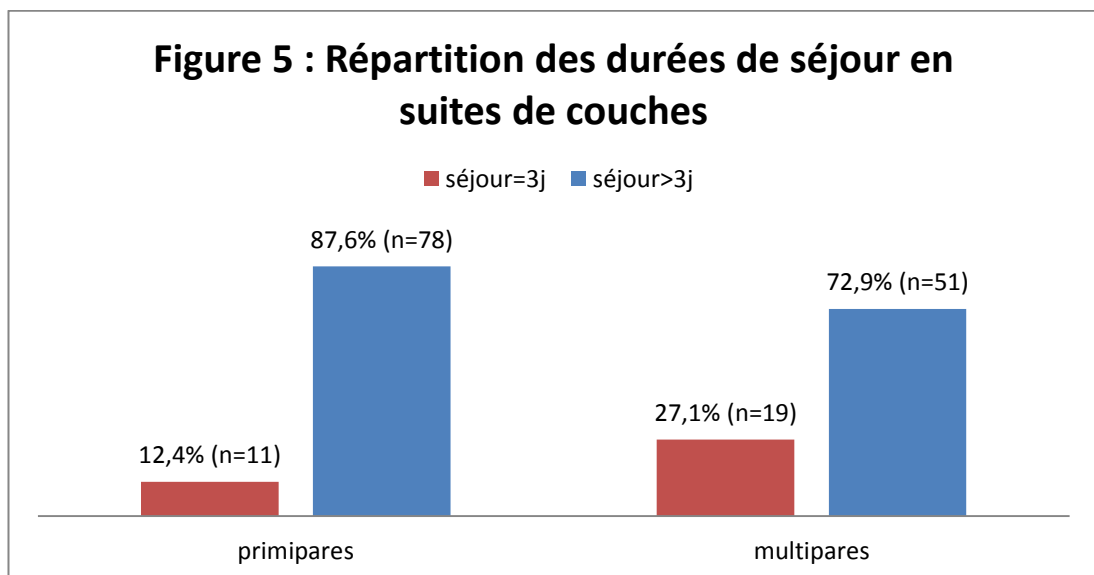
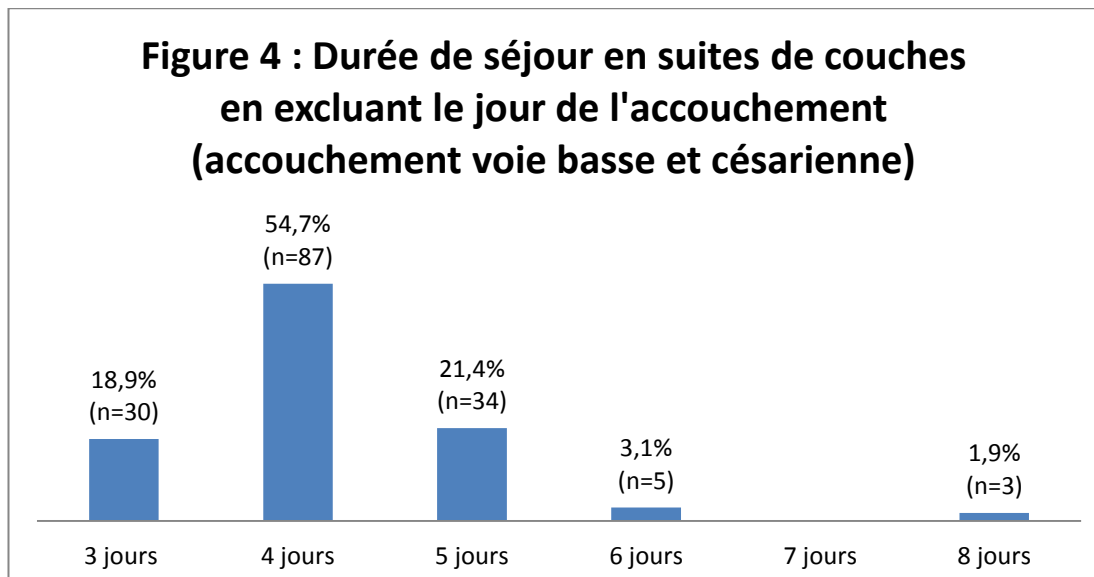
- 1,9% (n=3) étaient des quatrièmes pares.
- 0,6% (n=1) était cinquième pare.

- **Nationalité**

94,3% (n=150) des patientes étaient de nationalité française.

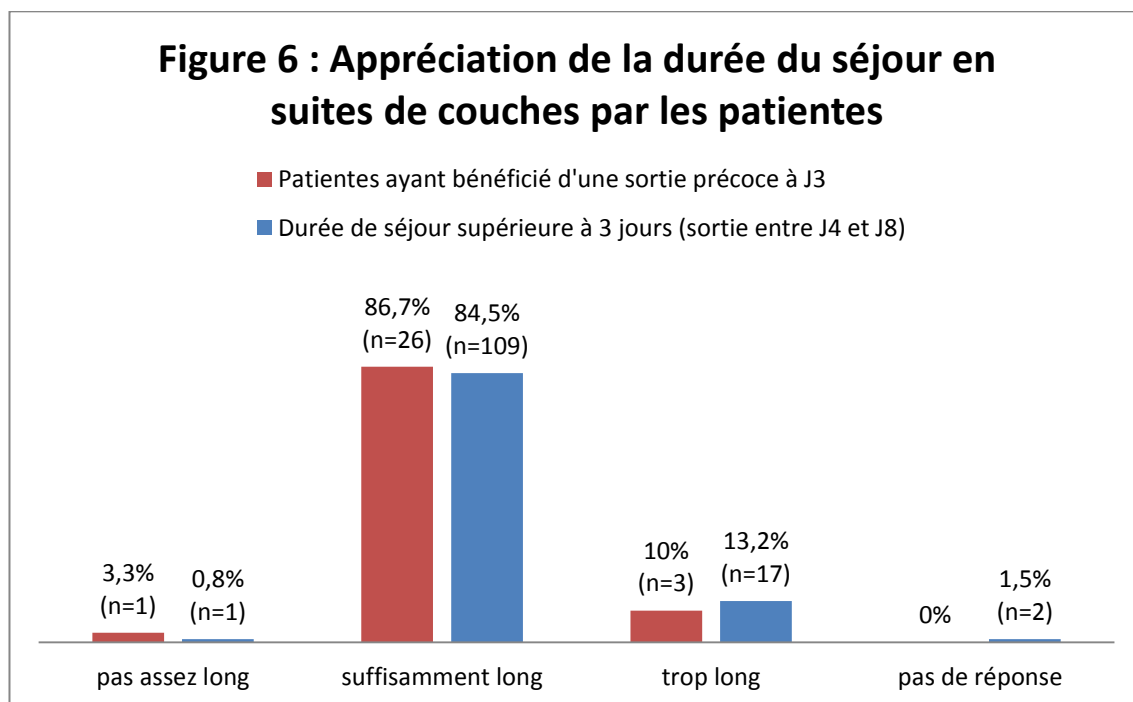
2. La durée du séjour en maternité

Remarque : Pour l'ensemble des résultats présentés ci-dessous, J0 correspond au jour de l'accouchement.



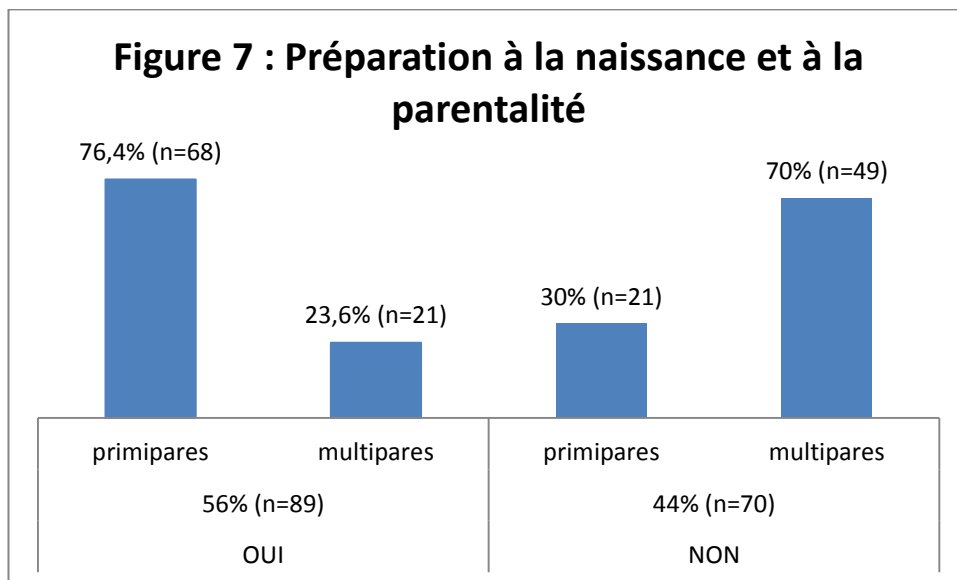
36,7% (n=11) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce (que nous définirons ici comme étant une sortie à J3, J0 étant le jour de l'accouchement) étaient des primipares et 63,3% (n=19) étaient des multipares.

D'après le test de Fisher, les sorties précoces concernent plus les multipares que les primipares (différence statistiquement significative, $p=0,0307$).



D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à l'appréciation de la durée du séjour en suites de couches par les patientes entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce à J3 et celles qui n'en ont pas bénéficié ($p=0,422$).

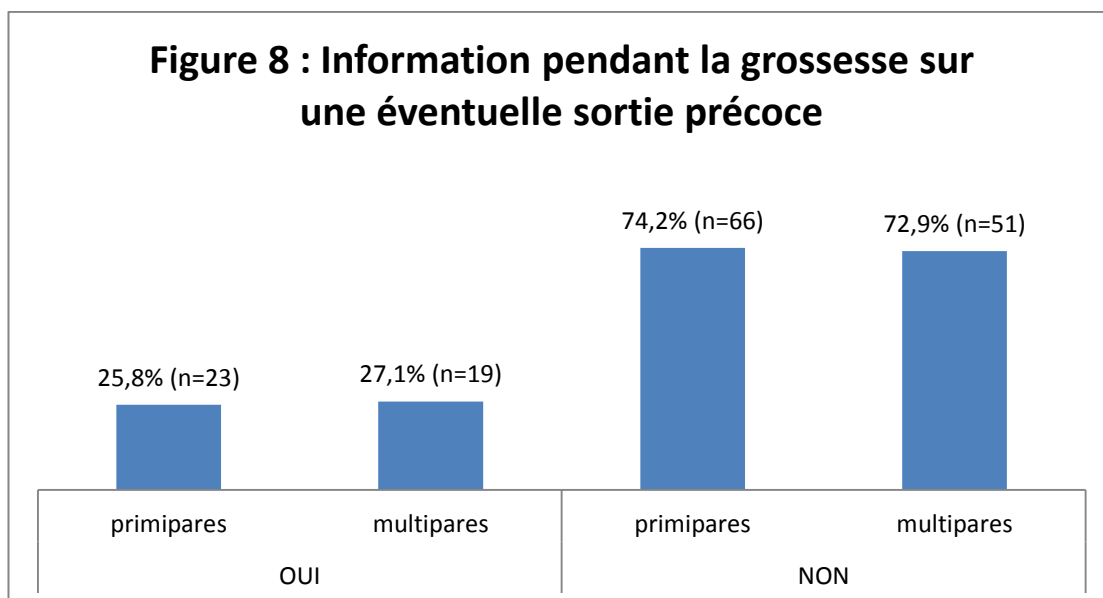
3. Les informations données pendant la grossesse



D'après le test du Khi², les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont davantage suivies par des primipares que des multipares (différence statistiquement significative, $p=1,27.10^{-8}$).

40% (n=12) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce au 3^{ème} jour avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Parmi elles, 50% (n=6) étaient des primipares et 50% (n=6) des multipares.

D'après le test du Khi², les femmes qui sont sorties précocement de la maternité n'avaient pas plus participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité que les femmes dont le séjour en maternité a duré plus de trois jours ($p=0,0797$).



Près de trois quarts des patientes n'ont pas eu d'information pendant la grossesse sur une éventuelle sortie précoce après l'accouchement. D'après le test du χ^2 , il n'y a pas de différence statistiquement significative pour l'information pendant la grossesse sur une éventuelle sortie précoce entre les primipares et les multipares ($p=0,988$).

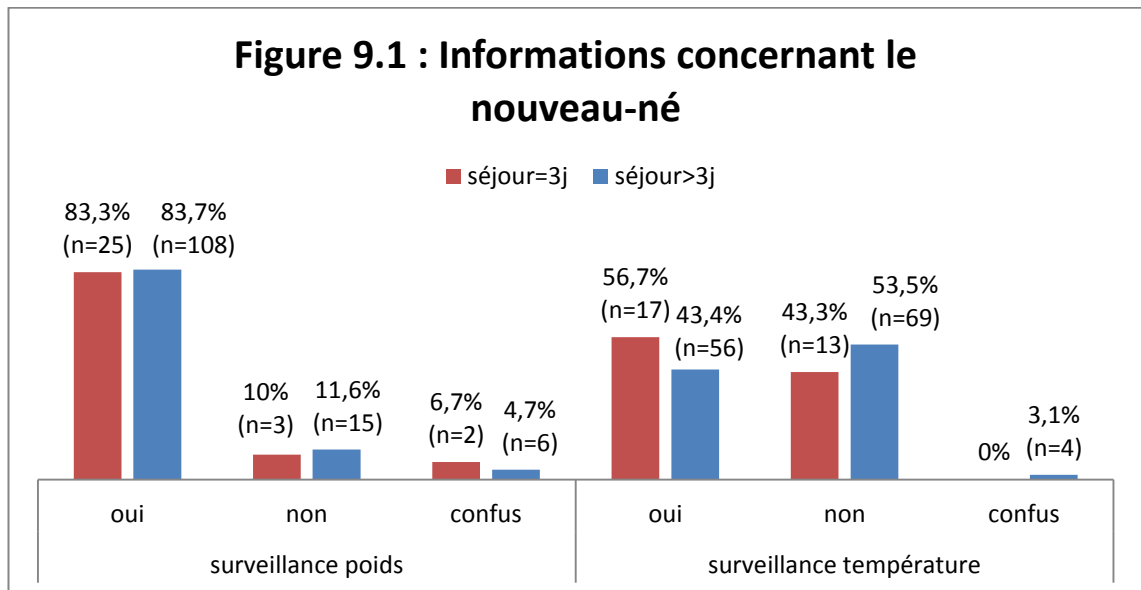
40% (n=12) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce avaient été informées pendant leur grossesse sur une éventuelle sortie précoce. D'après le test du χ^2 nous n'avons pas la preuve statistique que les femmes qui ont effectivement bénéficié d'une sortie précoce aient été mieux informées pendant leur grossesse sur l'éventualité d'une sortie précoce que celles dont le séjour en maternité a duré plus de trois jours.

63,3% (n=19) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie à J3 savaient qu'il s'agissait d'une sortie précoce.

4. Les informations données pendant le séjour en suites de couches

4.1 Les informations concernant le nouveau-né

- La surveillance du poids et de la température

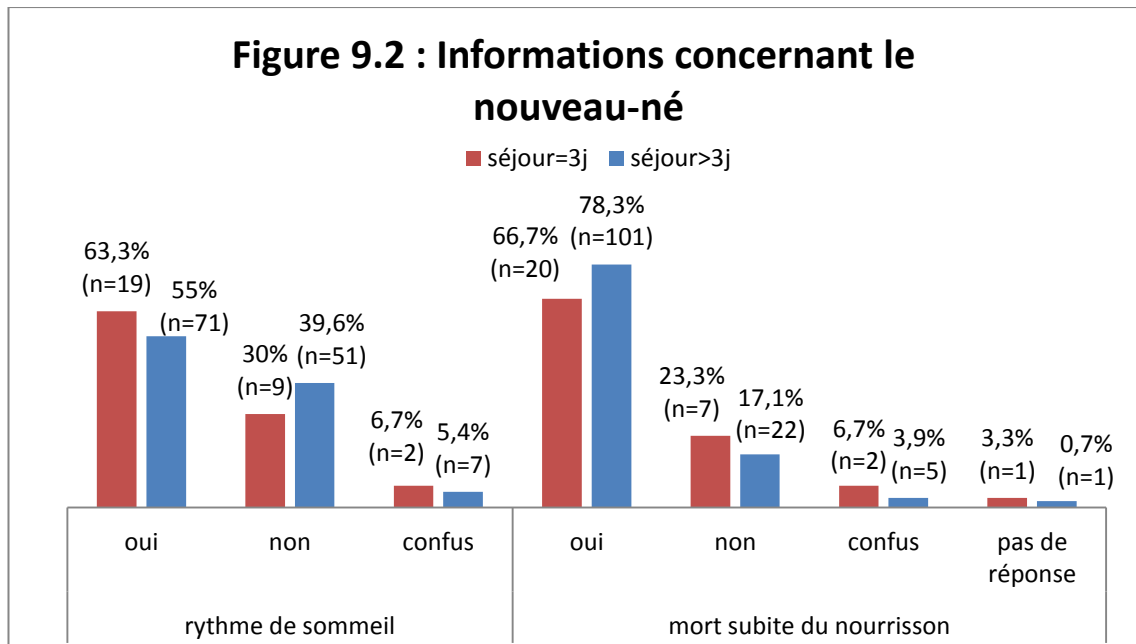


Qu'il y ait eu sortie précoce ou non, une grande majorité d'accouchées a eu une information concernant la surveillance du poids de leur enfant.

Par contre, une information sur la surveillance de la température du nouveau-né n'a été donnée qu'à une femme sur deux environ, quelle que soit la durée de son séjour.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (respectivement $p=0,833$ et $p=0,383$).

- **Le rythme du sommeil et la prévention de la mort subite du nourrisson**

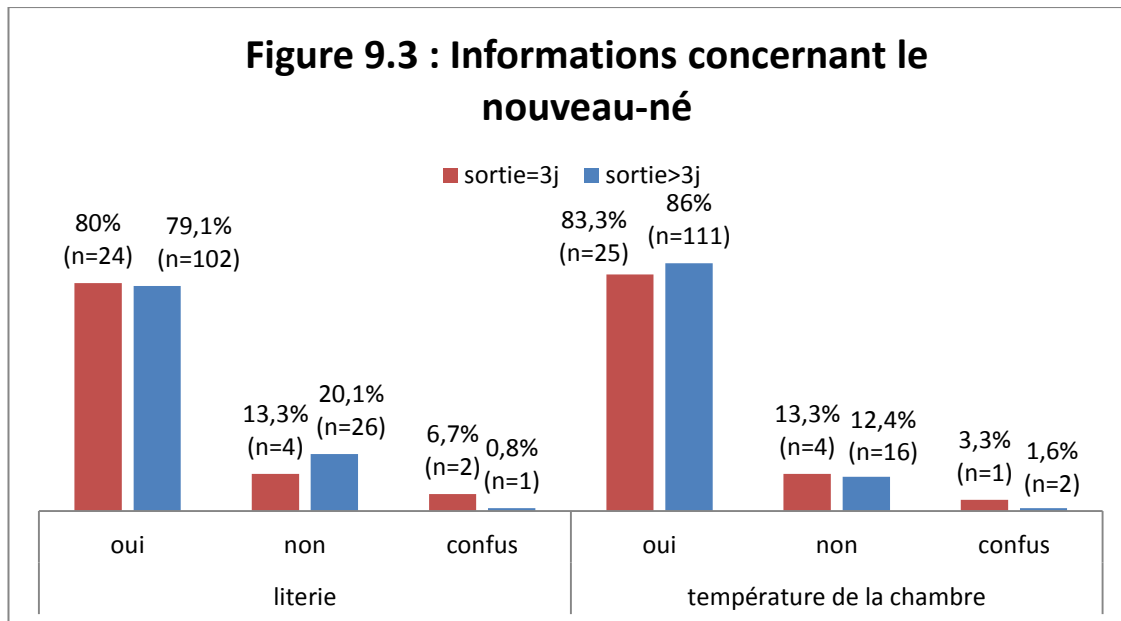


L'information sur le rythme du sommeil du nouveau-né n'a été donnée qu'à un peu plus de la moitié des accouchées, et ce quelle que soit la durée du séjour en maternité.

L'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson a été donnée à une majorité de femmes en suites de couches, mais dans une proportion un peu plus faible lorsqu'il s'agissait d'une sortie précoce.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (respectivement $p=0,622$ et $p=0,369$).

- **La literie et la température de la chambre**



Dans une majorité des cas et dans des proportions relativement identiques (environ 80% à chaque fois) les informations concernant la literie et la température de la chambre du nouveau-né ont été données aux patientes, et ce quelle que soit la durée de leur séjour en maternité.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (respectivement $p=0,105$ et $p=0,577$).

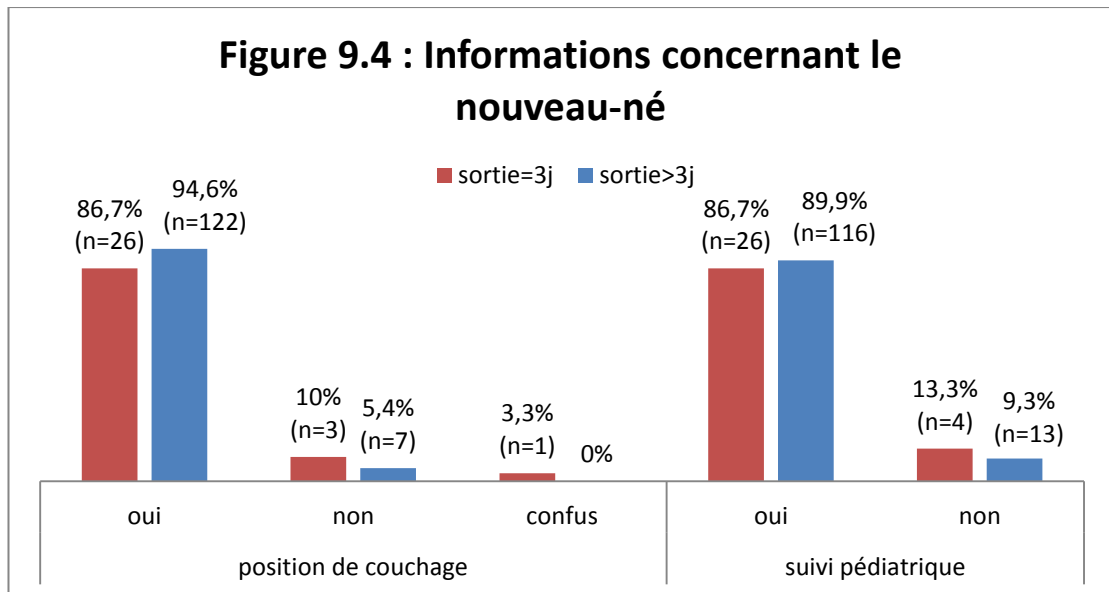
- **La préparation des biberons**

Pour un séjour=3j : 85,7% (n=12) des femmes qui n'allaitent pas ont eu une information sur la préparation des biberons.

Pour un séjour>3j : 76,7% (n=33) des femmes qui n'allaitent pas ont eu une information sur la préparation des biberons.

D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'information sur la préparation des biberons entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et celles dont le séjour en suites de couches a duré plus de 3 jours ($p=0,168$).

- **La position de couchage et le suivi pédiatrique**



Qu'elles aient bénéficié ou non d'une sortie précoce, les accouchées ont, dans la grande majorité des cas, reçu une information concernant la position de couchage du nouveau-né et son suivi pédiatrique.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (respectivement $p=0,0923$ et $p=0,601$).

Information sur la position de couchage du nouveau-né selon que les patientes aient participé ou non à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

	oui	non	confus
PNP	97,8% (n=87)	1,1% (n=1)	1,1% (n=1)
Pas de PNP	87,1% (n=61)	12,9% (n=9)	

Les femmes qui ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont plus informées sur la position de couchage du nouveau-né que celles qui n'y ont pas participé (différence statistiquement significative d'après le test de Fisher : $p= 0,00529$)

- **Les ordonnances de sortie du nouveau-né**

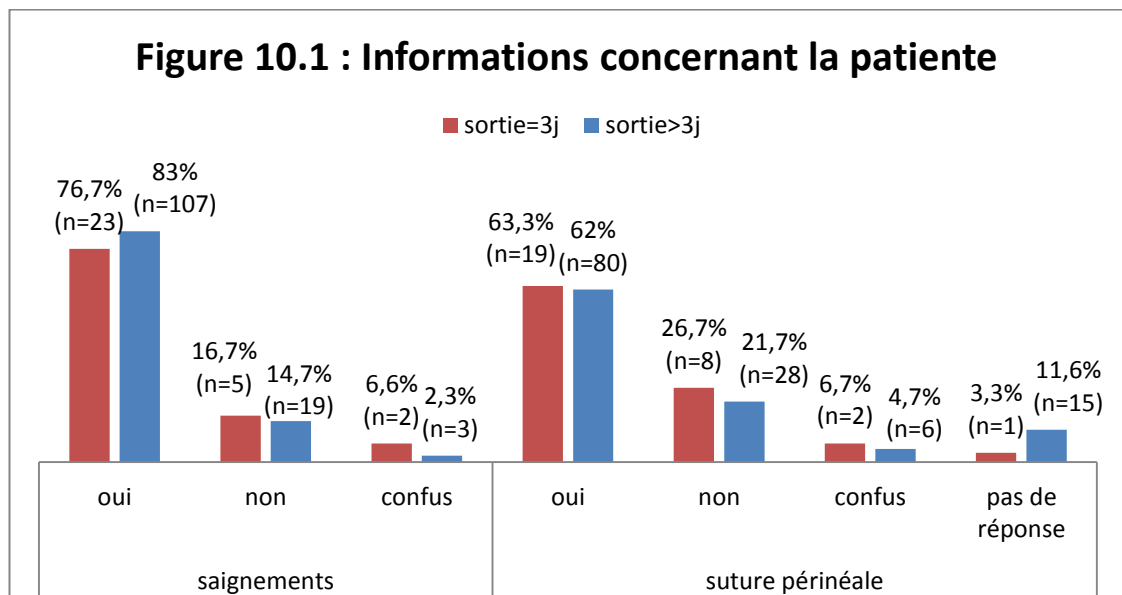
Pour un séjour=3j : les ordonnances de sortie concernant le nouveau-né ont été expliquées dans 100% (n=30) des cas

Pour un séjour>3j : dans 95,3% (n=123) des cas les ordonnances de sortie concernant le nouveau-né ont été expliquées. Dans 0,8% (n=1) des cas, elles ne l'ont pas été, et dans 3,9% (n=5) des cas, cette explication est restée confuse.

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (« sortie précoce » et « sortie après J3 ») : les patientes qui rentrent rapidement chez elles ont autant d'explications sur les ordonnances de sortie que celles qui séjournent plus longtemps à l'hôpital (p=0,663).

4.2 Les informations concernant la patiente

- **Les saignements et la suture périnéale**

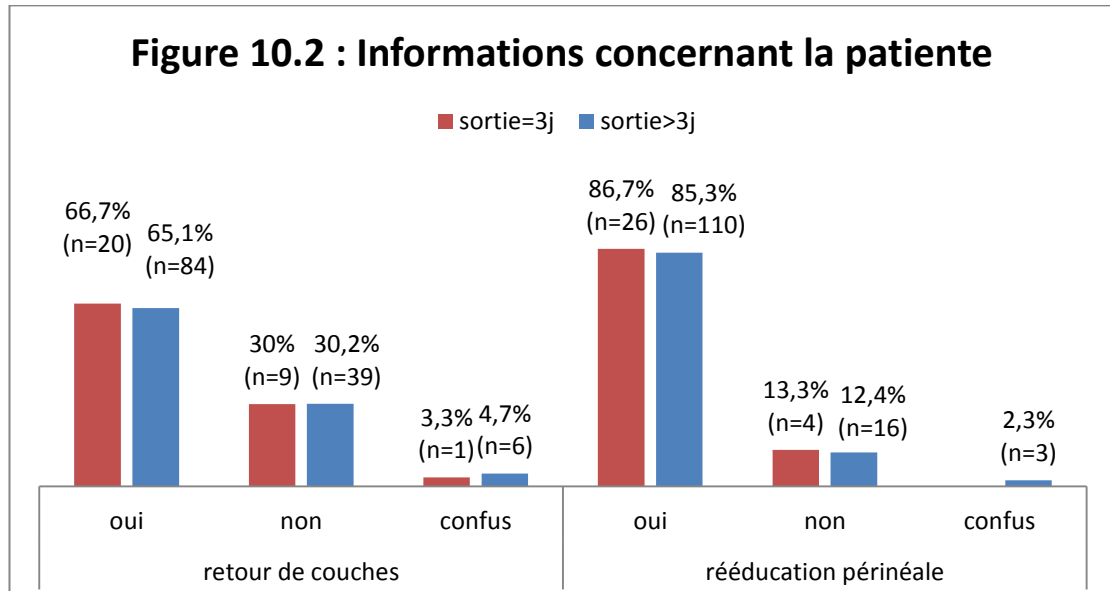


Quelle que soit la durée du séjour en maternité, une majorité de femmes a reçu une information sur les saignements et leur évolution.

Environ 60% des femmes ont été informées sur leur suture périnéale, et ce qu'elles aient bénéficié ou non d'une sortie précoce.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (respectivement $p=0,389$ et $p=0,818$).

- **Le retour de couches et la rééducation périnéale**

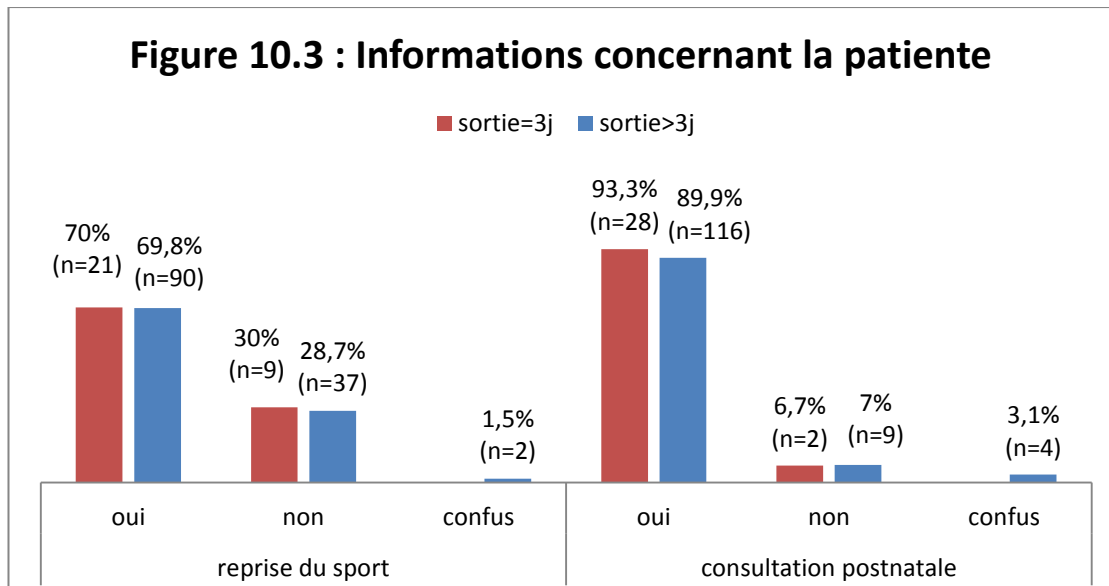


L'information concernant le retour de couches n'a été donnée qu'à deux tiers des femmes environ, et ce qu'il s'agisse d'une sortie précoce ou non.

Cependant, quelle que soit la durée du séjour, une grande majorité des patientes a été informée sur la rééducation périnéale.

Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » ($p=1$ pour ces deux tests).

- **La reprise du sport et la consultation post-natale**



L'information sur la reprise du sport a été donnée à 70% des patientes, quelle que soit la durée du séjour en suites de couches.

L'information sur la consultation post-natale a été donnée de façon plus systématique, puisque 90% des patientes environ ont reçu cette dernière, qu'il s'agisse d'une sortie précoce ou non.

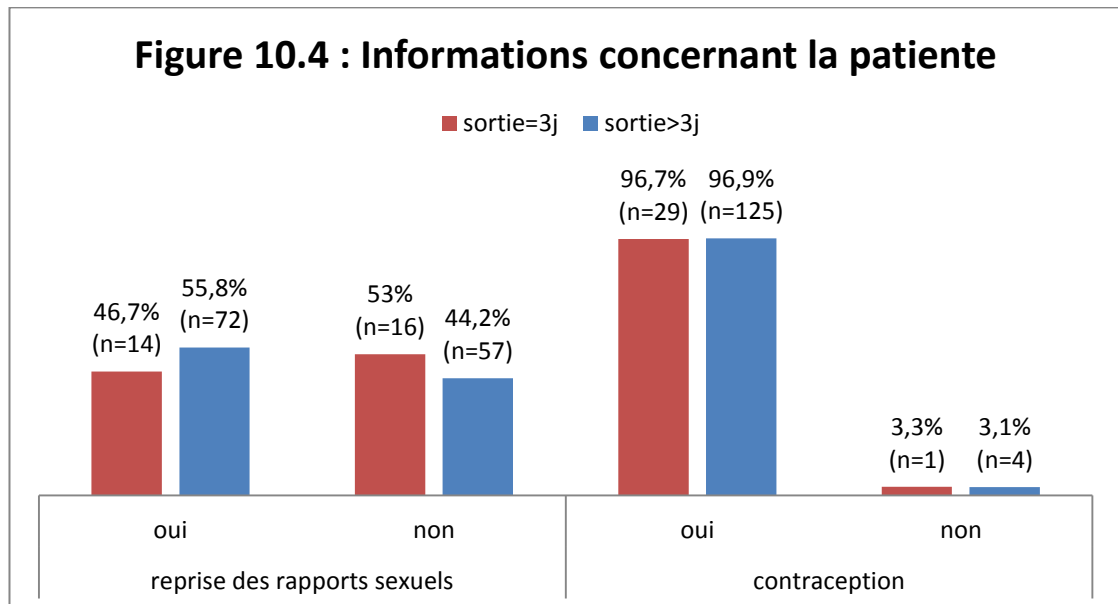
Pour ces deux points, le test de Fisher ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » ($p=1$ pour ces deux tests).

Information sur l'existence de la consultation post-natale selon que les patientes aient participé ou non à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

	oui	non	confus
PNP	94,4% (n=84)	2,2% (n=2)	3,4% (n=3)
Pas de PNP	85,7% (n=60)	12,9% (n=9)	1,4% (n=1)

Les femmes qui ont suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont plus au courant de l'existence de la consultation post-natale que celles qui n'en ont pas suivi (différence statistiquement significative, $p=0,0158$).

- **La reprise des rapports sexuels et la contraception**



L'information concernant la reprise des rapports sexuels n'a été donnée qu'à une femme sur deux environ, et ce quelle que soit la durée de son séjour en suites de couches.

Par contre, la quasi-totalité des patientes a été informée sur la contraception, et ce qu'elles aient bénéficié ou non d'une sortie précoce.

Pour ces deux points, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » ($p=0,482$ d'après le test du Khi^2 pour l'information sur la reprise des rapports sexuels, et $p=1$ d'après le test de Fisher pour l'information sur la contraception).

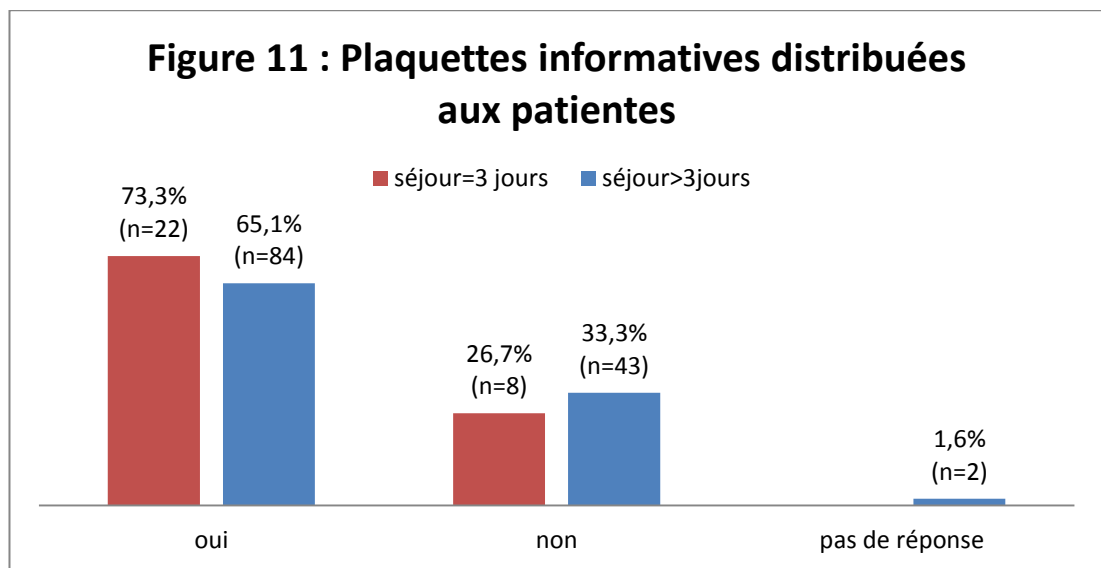
- **Les ordonnances de sortie**

Pour un séjour=3j : les ordonnances de sortie concernant la patiente ont été expliquées dans 100% des cas (n=30).

Pour un séjour>3j : les ordonnances de sortie concernant la patiente ont été expliquées dans 96,1% des cas (n=124). Dans 2,3% des cas (n=3) elles ne l'ont pas été et dans 1,6% des cas (n=2) cette explication reste confuse.

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'explication des ordonnances de sortie entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres (p=1) : elles ont toutes été aussi bien informées.

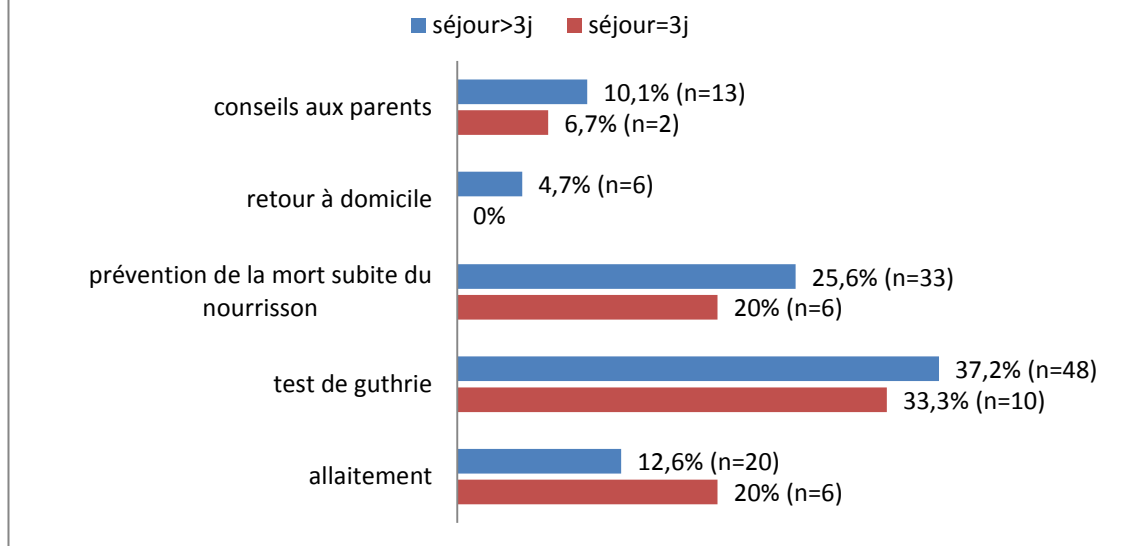
- **Les plaquettes informatives distribuées aux patientes**



Des plaquettes informatives ont été distribuées à environ deux tiers des femmes dans le cadre d'un séjour en maternité de plus de trois jours. Lorsqu'il s'agissait d'une sortie précoce, ces dernières ont été distribuées dans une proportion un peu plus importante.

Sur ce point, le test du Khi² ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (p=0,589)

Figure 12 : Type de plaquettes informatives distribuées aux patientes



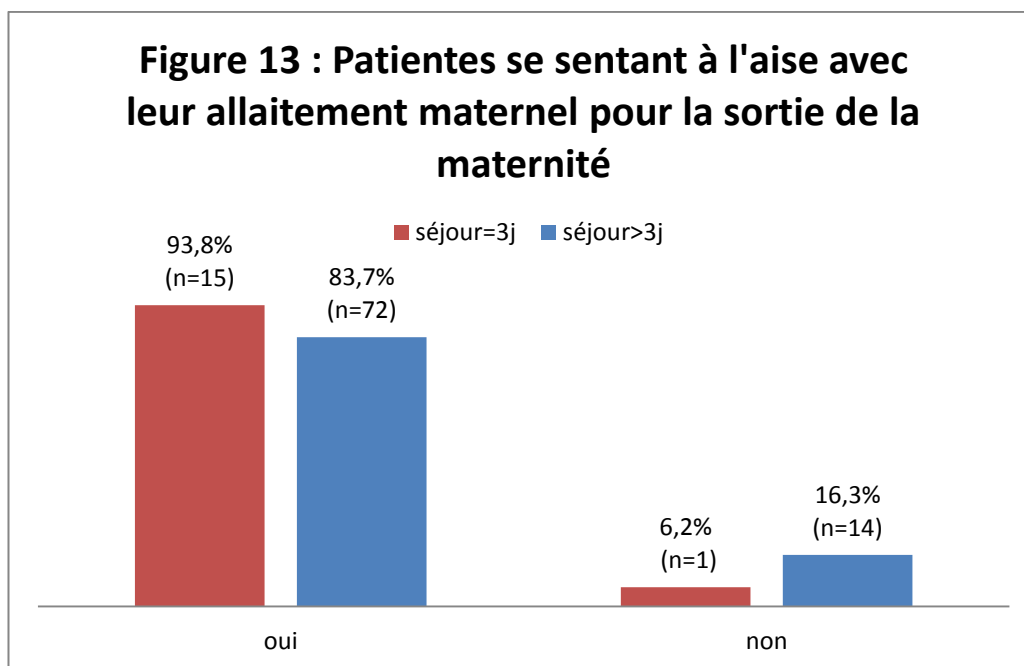
Peu importe la durée du séjour en maternité, aucune des plaquettes informatives n'a été distribuée de façon systématique. En effet, celle qui a été donnée aux patientes dans les proportions les plus importantes est celle sur le dépistage des maladies métaboliques (dépliant informatif sur le test de guthrie) qui a été distribuée à une femme sur trois environ, et ce qu'il s'agisse ou non d'une sortie précoce.

4.3 L'allaitement maternel

53,3% (n=16) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce avaient choisi un allaitement maternel contre 66,7% (n=86) pour celles dont le séjour en maternité a duré plus de 3 jours.

68,8% (n=11) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce avaient déjà allaité leur(s) précédent(s) enfant(s) contre 40,7% (n=35) des femmes dont le séjour en maternité a duré plus de 3 jours.

D'après le test de Fisher, les femmes qui sortent précocement de la maternité ont tendance à ne pas être primo-allaitantes ($p=0,0548$ étant proche du seuil de significativité).



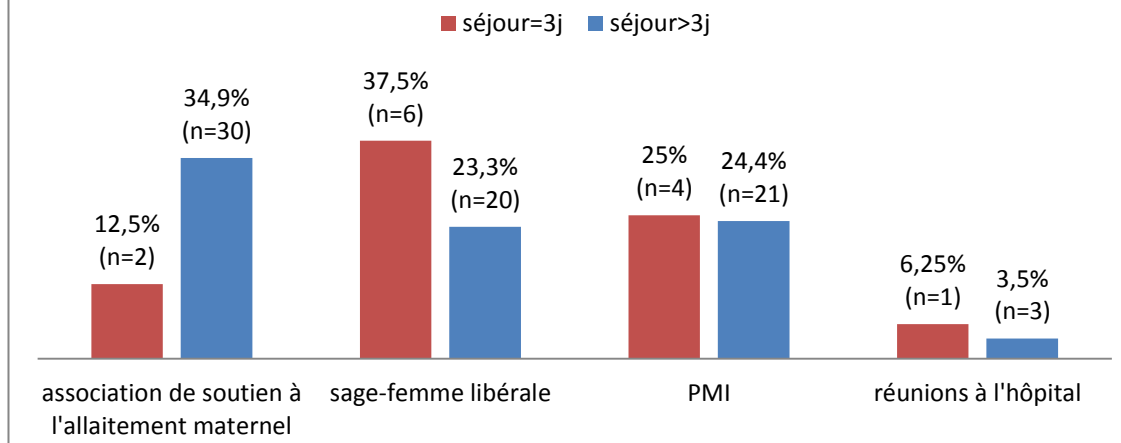
La femme qui a déclaré ne pas se sentir à l'aise avec son allaitement maternel et qui avait bénéficié d'une sortie précoce était une primipare.

Pour un séjour supérieur à 3 jours, seules 4 femmes sur les 14 qui se disaient ne pas être à l'aise avec leur allaitement maternel en vue de la sortie de la maternité étaient des primipares.

59,3% (n=51) des femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce ont reçu une information sur les aides possibles concernant leur allaitement maternel une fois de retour à domicile contre 50% (n=8) des femmes dont le séjour en maternité a duré plus de 3 jours.

Sur ce point, le test du Khi^2 ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 » (p=0,715).

Figure 14 : Type d'aide évoquée pour le soutien à l'allaitement maternel une fois de retour à domicile

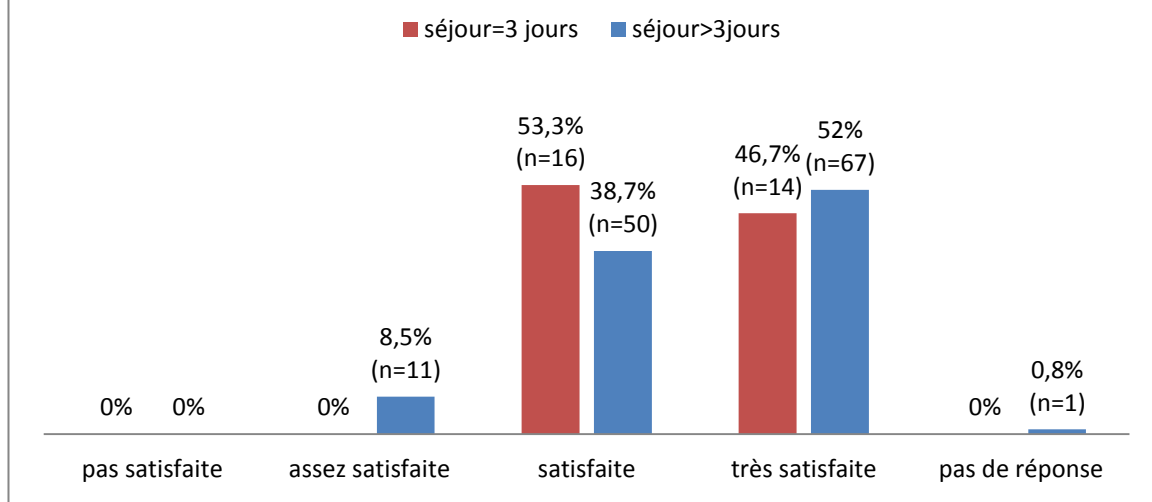


Dans le cadre d'une sortie précoce, l'intervention d'une sage-femme libérale est le type d'aide qui a été le plus souvent évoqué pour le soutien à l'allaitement maternel.

Pour un séjour en suites de couches supérieur à 3 jours, c'est la possibilité de faire appel à une association de soutien à l'allaitement maternel qui a été le plus fréquemment proposé aux patientes.

5. La satisfaction des patientes

Figure 15 : Satisfaction des patientes à propos de leur séjour en maternité

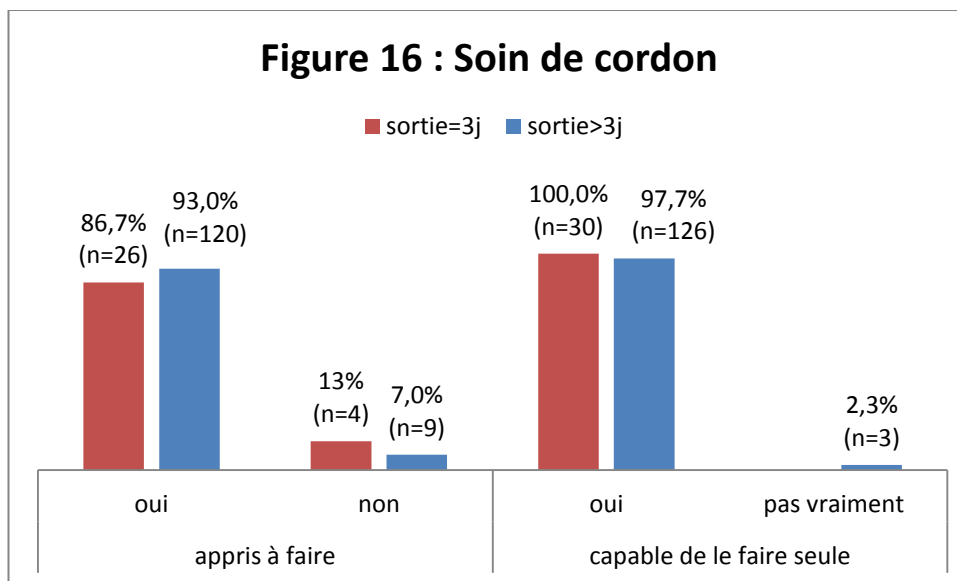


D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres ($p=0,135$) : elles ont toutes été autant satisfaites, voire très satisfaites par leur séjour hospitalier.

6. L'apprentissage des soins du nouveau-né

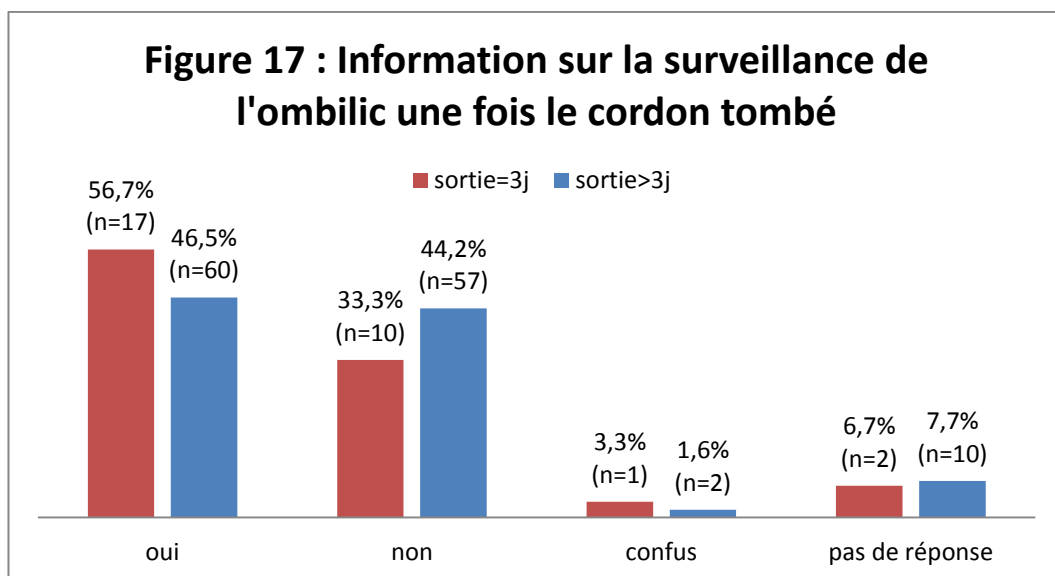
- **Le soin de cordon**

Dans 100% des cas le soin de cordon a été montré, et ce quelle que soit la durée du séjour (égale ou supérieure à 3 jours).



Même si le soin de cordon n'a pas été appris à faire à toutes les femmes, la quasi-totalité de ces dernières se sentaient capable de le réaliser seules.

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres pour ce qui est de l'apprentissage du soin de cordon ($p=0,269$). De même, les femmes qui sortent précocement se sentent autant aptes à réaliser seules ce soin que celles qui sortent après J3 (pas de différence statistique entre ces deux groupes, $p=1$).

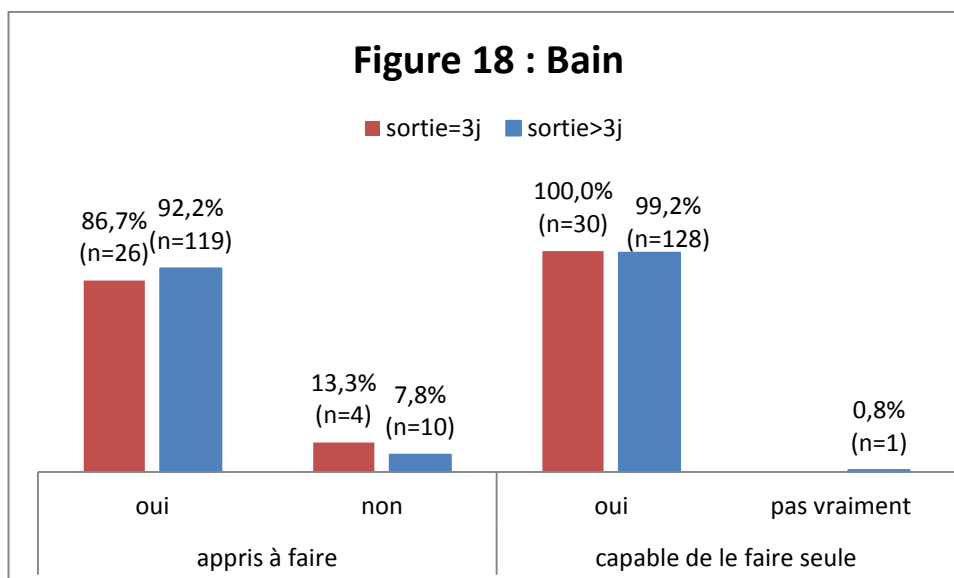


Quelle que soit la durée du séjour en maternité, une femme sur deux n'a pas eu d'information sur la surveillance de l'ombilic une fois le cordon tombé.

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative pour l'information sur la surveillance de l'ombilic une fois le cordon tombé entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres ($p=0,277$).

- **Le bain**

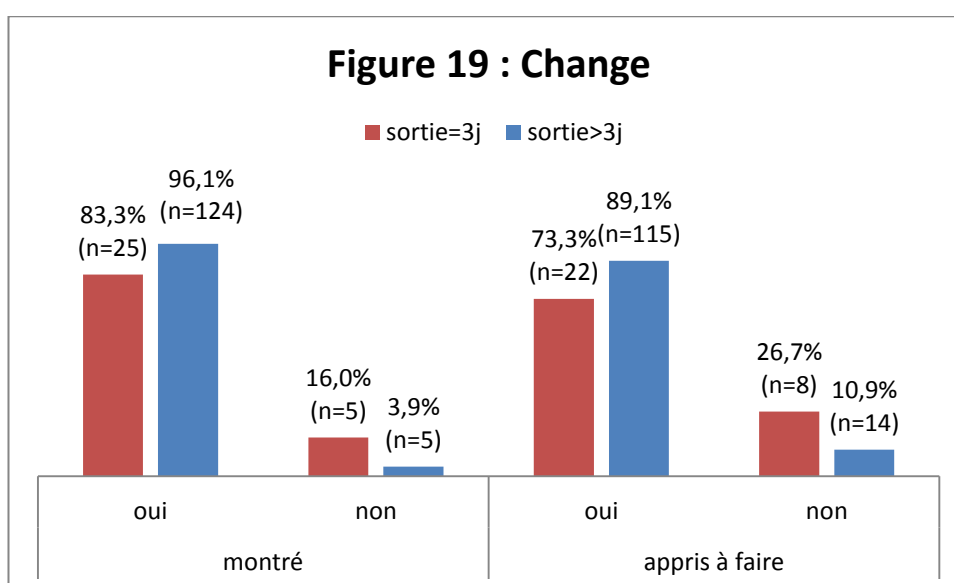
Le bain du nouveau-né a été montré dans 98,4% des cas ($n=127$) dans le cadre d'un séjour en suites de couches de 3 jours et dans 96,7% des cas ($n=29$) dans le cadre d'un séjour de plus de 3 jours. Le test de Fisher ne révèle pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne le fait que le bain ait été montré aux patientes entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres ($p=0,468$).



De même que pour le soin de cordon, la quasi-totalité des femmes se sentaient capables de réaliser seules le bain de leur nouveau-né, et ce même si toutes n'avaient pas appris à le faire.

D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence statistiquement significative pour l'apprentissage du bain entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres ($p=0,304$). Il en est de même pour le sentiment d'aptitude des femmes à réaliser seules ce soin ($p=1$).

- **Le change**



Le change a été montré et appris à faire à la majorité des femmes, mais dans des proportions cependant moins importantes lorsqu'il s'agissait d'une sortie précoce.

D'après le test de Fisher, les femmes pour qui le change n'a pas été montré sont surtout celles qui ont pu sortir précocement (différence statistiquement significative, $p=0,0218$).

D'après le test du Khi^2 , les femmes pour qui le change n'a pas été appris à faire sont surtout celles qui ont pu sortir précocement (différence statistiquement significative, $p=0,0493$).

Dans 100% des cas, les femmes se sentaient capables d'effectuer seules le change, et ce quelle que soit la durée du séjour (égale ou supérieure à 3 jours).

- **Le soin de nez**

Le soin de nez a été montré à 96,7% ($n=29$) des femmes dans le cadre d'un séjour de 3 jours en suites de couches et à 99,2% ($n=128$) des femmes dans le cadre d'un séjour supérieur à 3 jours.

Il a été appris à faire à 86,7% ($n=26$) des femmes dans le cadre d'un séjour de 3 jours et à 90,7% ($n=117$) des femmes dans le cadre d'un séjour de plus de 3 jours.

D'après le test de Fisher il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne le fait que le soin de nez ait été montré aux patientes entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres ($p=0,189$). Il en est de même pour l'apprentissage de ce soin ($p=0,506$).

100% ($n=30$) des femmes se sentent capables d'effectuer seules ce soin dans le cadre d'une sortie précoce contre 99,2% ($n=128$) dans le cadre d'un séjour supérieur à 3 jours.

7. Les attentes des patientes

En ce qui concerne les attentes des femmes concernant leur séjour en maternité, 116 sur 159 ont répondu à la question : Quelles étaient vos attentes concernant le séjour en suites de couches ?

Parmi celles qui ont répondu :

8,6% (n=10) souhaitaient du repos.

25% (n=29) souhaitaient un suivi, une surveillance médicale pour elle et/ou leur nouveau-né.

25,9% (n=30) souhaitaient être rassurées.

30,2% (n=35) souhaitaient être aidées, guidées.

37,9% (n=44) souhaitaient que le personnel soignant soit à leur écoute.

67,2% (n=78) souhaitaient que le personnel soignant leur apporte des conseils (sur l'allaitement et les soins du nouveau-né par exemple) ou qu'il apporte des réponses à leurs questions.

1. Les forces et les faiblesses de l'étude

1.1 Les forces de l'étude

Le séjour en suites de couches constitue une période charnière dans la vie d'une jeune mère. En quelques jours, elle doit faire connaissance avec son enfant, apprendre à réaliser les premiers soins, et acquérir une autonomie nécessaire pour que son retour à domicile s'effectue dans les meilleures conditions possibles.

Les séjours en maternité étant de plus en plus brefs, la question de la préparation des accouchées à leur retour à domicile constitue un sujet pleinement d'actualité.

Bien que de multiples informations soient généralement données en maternité, cette étude peut permettre de pointer du doigt certains oublis, dans l'optique d'améliorer la prise en charge des accouchées.

1.2 Les faiblesses et les limites de l'étude

La difficulté majeure rencontrée pour ce travail a été de récupérer des questionnaires entièrement remplis, et ce surtout lorsque les femmes sortaient précocement. En effet, la seconde partie du questionnaire ne devant être remplie qu'après la visite du pédiatre qui autorisait la sortie du nouveau-né, les femmes qui sortaient à J3, jour même de la visite du pédiatre, ne prenaient pas forcément le temps de finir de remplir ce questionnaire.

Il aurait été souhaitable d'avoir une population de femmes sorties précocement plus importante, mais compte tenu du temps imparti pour réaliser cette étude, il n'était pas possible d'étendre davantage la période de recueil de données.

En ce qui concerne les informations données pendant la grossesse, un biais de mémorisation est possible, même si nous avons essayé de le réduire le plus possible en proposant ce questionnaire à de toutes jeunes accouchées.

2. Les données générales

2.1 Le taux de réponse au questionnaire

La préparation au retour à domicile est un thème qui semble intéresser les accouchées puisque 80,9% des femmes interrogées ont participé à notre étude. Ce taux de réponse montre également que le fait de distribuer personnellement les questionnaires était pertinent.

2.1 Les caractéristiques de la population

D'après les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010, l'âge moyen des femmes à l'accouchement est de 29,7 ans, ce qui est très proche de celui de notre population globale (29,9 ans). [31]

La majeure partie des femmes qui ont répondu au questionnaire avaient un emploi et la quasi-totalité de ces dernières vivaient en couple et estimaient être suffisamment entourées par leur conjoint et leur famille. Le contexte psycho-social et socio-économique semblait donc plutôt favorable pour une grande majorité des accouchées. Nous pouvons néanmoins supposer que les femmes se sentant seules sont sous représentées du fait de la difficulté de répondre sincèrement à la question : vous sentez-vous suffisamment entouré par votre conjoint et votre famille ?

3. La durée du séjour en maternité

Dans notre étude, nous n'avons pas distingué les durées de séjour en fonction de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne). En effet, les informations données aux accouchées nous semblaient plus intéressantes à analyser au regard du nombre de jours d'hospitalisation que de la voie d'accouchement.

70% des femmes qui ont répondu à notre questionnaire ont séjourné pendant une durée inférieure ou égale à quatre jours dans le service de suites de couches. De plus, comme nous l'avons expliqué précédemment, les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce (c'est-à-dire d'une sortie à J3) sont sous représentées dans notre étude. Nos résultats sont en accord avec ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010 qui précise

que 91% des établissements indiquent que les femmes quittent en général la maternité au 3^{ème} ou 4^{ème} jour d'hospitalisation en cas d'accouchement par voie basse sans complication. [32]

Cette même enquête explique qu'actuellement, en France, on observe une tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour des femmes en maternité.

Au CHU de Clermont-Ferrand, alors qu'il y a encore quelques années un séjour de cinq jours en suites de couches pour une primipare qui avait accouché par voie basse était la norme, aujourd'hui ce dernier est réduit à quatre voire trois jours pour certaines. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si cette réduction de la durée des séjours en maternité a un impact sur la préparation au retour à domicile des accouchées.

D'après les résultats de notre étude, les sorties précoces concernaient plus les multipares que les primipares. Une femme qui a déjà l'expérience d'un premier enfant semble en effet plus à même de pouvoir sortir plus tôt de la maternité qu'une femme qui devient mère pour la première fois.

Au CHU de Clermont-Ferrand, lorsque les femmes sortent précocement, un suivi avec une sage-femme libérale n'est pas systématiquement organisé.

La très grande majorité des accouchées a estimé avoir séjourné suffisamment longtemps dans le service de suites de couches, et ce même lorsqu'il s'agissait d'une sortie précoce. Il s'agit là d'un résultat plutôt satisfaisant et rassurant. Une enquête menée par la DRESS en 2006 précisait que les reproches faits dans le domaine de la préparation à la sortie de la maternité n'étaient pas directement imputés à la durée d'hospitalisation des accouchées puisque les trois quarts d'entre elles jugeaient la durée de séjour adéquate, et même dans 21% des cas trop longue. [12]

4. Les informations données pendant la grossesse

Dans notre étude, environ trois quarts des primipares avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité durant leur grossesse contre environ un quart des multipares. Ces résultats correspondent à ceux de l'enquête nationale périnatale qui indique qu'en 2010 les femmes avaient recours à une

préparation à la naissance dans 73,2% des cas pour le premier enfant et dans 28,5% des cas pour le deuxième enfant et les suivants. [31]

Les femmes qui sont sorties précocement du service de suites de couches n'avaient pas plus participé que les autres à des séances de préparation à la naissance. Dans les recommandations de la HAS définissant les conditions d'un retour précoce à domicile après un accouchement, le fait d'avoir assisté ou non à ces séances n'est pas un facteur qui entre en compte dans le choix de laisser ou non une femme sortir plus tôt de la maternité. Cependant, ces mêmes recommandations précisent que l'une des conditions majeures du succès d'un RPDA (Retour Précoce à Domicile après Accouchement) est de compenser le manque de temps d'apprentissage en maternité par l'échelonnement des acquisitions bien avant la naissance et leur poursuite à domicile. [11]

Une femme sur quatre avait été informée pendant sa grossesse sur l'éventualité d'une sortie précoce, et seules 40% des femmes qui en ont effectivement bénéficié l'avaient été. Or, il est largement recommandé d'évoquer cette possibilité dès le début de la grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce notamment. [11]

Finalement seules les deux tiers des femmes qui sont sorties au troisième jour savaient qu'il s'agissait d'une sortie précoce. Ce résultat peut s'expliquer par le manque d'habitude des médecins et des sages-femmes de consultation de parler des sorties précoces, ou par la volonté de ne pas clairement expliquer aux patientes qu'un séjour de trois jours en maternité est un séjour « raccourci ».

5. Les informations données pendant le séjour en suites de couches

5.1 Les informations concernant le nouveau-né

En ce qui concerne les informations données aux mères durant leur séjour en suites de couches au sujet de leur nouveau-né, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 ». Ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de la petite taille de notre

échantillon de femmes sorties précocement. Cependant, ils semblent indiquer que ce qui est important ce n'est peut-être pas la durée du séjour (à un ou deux jours près), mais plutôt le temps qui est consacré à la jeune mère par l'équipe de la maternité, élément qui est malheureusement difficilement appréciable.

- **La surveillance du poids et de la température**

Certaines informations sont données de façon beaucoup moins systématique que d'autres. Alors que la surveillance du poids est un thème largement abordé en maternité, seule une femme sur deux dit avoir reçu une information sur la surveillance de la température de son nouveau-né. Pourtant, il s'agit d'un élément important, qui peut être une source d'inquiétude chez les jeunes mères, notamment en cas d'hyperthermie.

- **La prévention de la mort subite du nourrisson (la literie, la température de la chambre et la position de couchage) et le rythme du sommeil**

L'information sur la prévention de la mort subite du nourrisson a été donnée à une majorité de femmes, mais dans une proportion un peu plus faible lorsqu'elles bénéficiaient d'une sortie précoce. Cette prévention est essentiellement réalisée par les pédiatres lors de leur visite autorisant la sortie du nouveau-né de la maternité. Cet élément pourrait expliquer pourquoi les femmes sorties précocement, et qui reçoivent généralement la visite du pédiatre le jour même de leur sortie, ont eu cette information dans une proportion un peu plus faible. En effet, même si cette dernière leur a été effectivement donnée peut-être l'ont-elles moins bien intégré du fait de leur manque de disponibilité à ce moment-là.

Ce qui est également intéressant, c'est de voir que le lien entre le thème de la prévention de la mort subite du nourrisson et les trois items évoqués dans ce cadre (la literie, la température de la chambre et la position de couchage du nouveau-né) n'est pas toujours évident pour les accouchées. Des femmes disent effectivement avoir reçu une information sur ces trois items mais pas sur la prévention de la mort subite du nourrisson !

Les femmes qui ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pendant leur grossesse étaient mieux informées que les autres au sujet de la

position de couchage du nouveau-né. Le fait d'échelonner les apprentissages et la distribution des informations, notamment pendant la grossesse, montre là son intérêt.

L'information sur le rythme du sommeil du nouveau-né n'est certes pas indispensable sur le plan médical, mais il s'agit d'un élément important pour aider les mères à mieux comprendre leur nouveau-né. Or, elle n'a été apportée qu'à une femme sur deux environ pendant son séjour en maternité.

- **La préparation des biberons**

L'information sur la préparation des biberons a été donnée à la majorité des femmes. Cette dernière pourrait, là encore, paraître secondaire. Il s'agit pourtant d'une question assez récurrente chez les jeunes mères qui n'allaitent pas. Les biberons étant déjà préparés à la maternité, les primipares ont parfois la crainte de ne pouvoir se débrouiller seules une fois de retour à domicile.

- **Le suivi pédiatrique et les ordonnances de sortie**

Le suivi pédiatrique et les ordonnances de sortie ont été expliqués dans la quasi-totalité des cas. Les mères semblent donc être particulièrement réceptives à ces informations, du fait probablement de l'importance qu'elles leur attribuent.

5.2 Les informations concernant la patiente

Pour les informations concernant la patiente elle-même, nous n'avons à nouveau pas retrouvé de différence statistiquement significative entre le groupe « sortie précoce » et le groupe « sortie après J3 ». Là encore, ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de la petite taille de notre échantillon de femmes sorties précocement de la maternité.

- **Les saignements et la suture périnéale**

L'information sur les lochies et leur évolution a été donnée à une majorité de femmes mais pas de façon systématique. Cette information semble pourtant indispensable compte tenu du délai important qui sépare la sortie de la maternité de la visite post-natale, à savoir six à huit semaines.

En ce qui concerne la suture périnéale, une information n'a pas été donnée à toutes les femmes. Ce résultat doit cependant être relativisé puisque nous n'avons pas distingué dans notre étude les femmes qui ont accouché par voie basse et celles qui ont accouché par césarienne.

- **Le retour de couches**

Dans un tiers des cas, le retour de couches n'a pas été évoqué durant le séjour en maternité. Ce phénomène intervenant généralement dans le laps de temps qui sépare la sortie de la maternité de la visite post-natale, il semble là encore important d'en parler aux accouchées. De plus, afin d'éviter des consultations non justifiées pour aménorrhée, il semble nécessaire de préciser aux femmes allaitantes que leur retour de couche risque d'être retardé.

- **La rééducation périnéale et la reprise du sport**

La rééducation périnéale a été abordée dans d'assez larges proportions alors que l'information sur la reprise du sport n'a été donnée qu'à 70% des femmes environ. Certes, toutes les patientes ne sont pas sportives. Il faut cependant noter qu'une partie d'entre elles auront l'envie de retrouver rapidement leur silhouette, en faisant notamment travailler leurs abdominaux. En ce sens, donner systématiquement une information sur la reprise du sport semble nécessaire, le plus judicieux étant peut-être de combiner celle-ci avec celle sur la rééducation périnéale ou d'insister en tout cas sur les méfaits des exercices qui sollicitent trop le périnée.

- **La consultation post natale**

La très grande majorité des accouchées a été informée sur la consultation post-natale. Nous pouvons par contre noter que les femmes qui avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité étaient plus au courant de l'existence de cette consultation que les autres. Répartir la distribution des informations pendant la grossesse montre à nouveau ici son intérêt.

- **La reprise des rapports sexuels et la contraception**

Les informations sur les différents contraceptifs pouvant être utilisés dans le post-partum ont été délivrées quasi systématiquement (seules 5 femmes disent ne pas avoir été informées). En revanche, la reprise des rapports sexuels n'a été évoquée qu'à une femme sur deux environ. La difficulté de ce thème est, qu'évidemment, il ne s'agit pas d'un sujet de préoccupation des mères dans le post-partum immédiat. Cependant, par manque d'information, certaines femmes n'oseront pas reprendre les rapports sexuels avant la visite post-natale.

- **Les ordonnances de sortie**

Les ordonnances de sortie ont été expliquées aux mères dans la quasi-totalité des cas. Elles semblent, tout comme pour les ordonnances de sortie du nouveau-né, particulièrement réceptives à ces informations.

- **Les plaquettes informatives distribuées aux patientes**

Les brochures et les plaquettes informatives ont été distribuées de façon très aléatoire. Elles étaient données en fonction de la situation de l'accouchée (son statut de primipare ou de multipare, le fait qu'elle ait choisi ou non un allaitement maternel...) et des habitudes des professionnels.

Cependant, un tiers des femmes seulement disent avoir reçu une plaquette informative sur le dépistage des maladies métaboliques, alors que cette dernière est distribuée de façon quasi systématique avec le carton de Guthrie qui nécessite d'être signé. Ce faible taux de réponse pourrait indiquer le fait que les accouchées ne prennent pas forcément le temps de lire attentivement cette plaquette. Une information orale complémentaire semblerait donc nécessaire.

5.3 L'allaitement maternel

53,3% des femmes qui sont sorties précocement avaient choisi un allaitement maternel, contre 66,7% pour celles dont le séjour en maternité a duré plus de trois jours. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête nationale périnatale de 2010 qui

précise que 60% des femmes choisissent un allaitement maternel exclusif en maternité. [31]

Les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et qui avaient choisi un allaitement maternel avaient tendance à ne pas être primo-allaitantes. Il est en effet plus simple d'accorder une sortie à J3 à une mère qui a déjà l'expérience de l'allaitement d'un précédent enfant. La seule femme qui a bénéficié d'une sortie précoce et qui a déclaré ne pas se sentir à l'aise avec son allaitement maternel était d'ailleurs une primipare.

En l'absence d'accompagnement, le RPDA est parfois cité comme une cause d'échec de l'allaitement. [11] Dans le cadre d'une sortie précoce, il est donc indispensable de prévoir un suivi par une sage-femme qui pourra soutenir la femme dans cette démarche.

De plus, les femmes qui sont sorties après J3 ne se disent pas toutes être à l'aise avec leur allaitement maternel en vue de la sortie de la maternité. Un séjour de quatre jours en maternité suffit-il forcément pour que les femmes se sentent à l'aise et sereines avec leur allaitement ? Dans le cadre d'un allaitement maternel, un suivi systématique par une sage-femme libérale ne serait-il pas nécessaire, et ce que le séjour en maternité ait duré trois ou quatre jours ?

Les aides (consultation avec une sage-femme libérale ou de la PMI, association de soutien à l'allaitement maternel...) dont peuvent disposer les femmes après leur sortie de la maternité ont été évoquées de manière très aléatoire et non systématique. Là encore, étant donné la brièveté des séjours en suites de couches, une information plus régulière semblerait nécessaire.

6. La satisfaction des patientes

D'une manière globale, les femmes se disaient satisfaites, voire très satisfaites de leur séjour en maternité, ce qui est un élément très positif. Ces résultats sont cependant à interpréter avec prudence du fait que cette question a été posée avant même la fin du séjour en maternité. En effet, dans les enquêtes de satisfaction un délai de plusieurs

semaines est prévu afin que les patients prennent du recul par rapport à leur séjour hospitalier et que l'on évite le biais d'acquiescement.

7. L'apprentissage des soins du nouveau-né

- **Le soin de cordon**

D'après les patientes, ce soin a été montré dans 100% des cas mais pas forcément appris à faire. Par contre, la quasi-totalité des femmes se sentaient capables de le réaliser seules. Cet élément nous montre que l'apprentissage des soins semble être adapté en fonction des demandes et des besoins des accouchées. Une multipare n'aura en effet par forcément les mêmes interrogations qu'une femme qui effectue ces soins pour la première fois.

L'information sur la surveillance de l'ombilic une fois le cordon tombé n'a été donnée qu'à une femme sur deux. Compte tenu du temps qui sépare la sortie de la maternité de la première visite de routine avec un pédiatre ou un médecin généraliste à la fin du premier mois, une information plus systématique paraît nécessaire, du fait d'un risque infectieux si le cordon peine à tomber.

- **Le bain et le soin de nez**

De même que pour le soin de cordon, la quasi-totalité des femmes se sentaient capables de réaliser seules le bain et le soin de nez de leur nouveau-né, et ce même si il n'avait pas été appris à faire à toutes. Certaines femmes s'informent sur ce type de soins avant même leur séjour en maternité grâce à des revues spécialisées ou internet.

- **Le change**

Les femmes pour qui le change n'a pas été montré sont surtout celles qui ont pu sortir précocement. Cela peut être expliqué par le fait que la majeure partie des femmes qui bénéficient d'une sortie à J3 sont des multipares qui maîtrisent déjà ce soin. D'ailleurs, dans 100% des cas, les femmes se sentaient capables d'effectuer seules le change, et ce quelle que soit la durée du séjour.

Durant le post-partum précoce, les femmes sont très attentives à leur nouveau-né mais peuvent, par conséquent, être beaucoup moins disponibles pour toutes informations les concernant. [3] Globalement, notre étude montre que les soins du nouveau-né étaient acquis par toutes les femmes au moment de leur sortie de la maternité, et ce quelle que soit la durée de leur séjour. Pourtant, même si l'acquisition des soins du nouveau-né est faite durant le séjour en suites de couches, des questions risquent de survenir une fois de retour à domicile... Compte tenu du raccourcissement des séjours en maternité, la question se pose de l'instauration d'un suivi plus systématique des femmes une fois de retour chez elles. En effet, malgré les efforts des sages-femmes à l'hôpital, la mémorisation complète des très nombreuses informations données pendant ce court séjour est, pour les femmes, extrêmement difficile.

8. Les attentes des femmes

Les principales attentes des femmes à propos de leur séjour en maternité étaient d'être conseillées, guidées mais aussi rassurées et écoutées.

Ceci est concordant avec des études montrant que, dans le post-partum précoce, les femmes ont besoin d'être entourées et guidées et qu'il semble primordial de privilégier un soutien émotionnel et d'estime. [3]

Ces mêmes études expliquent que les informations données ne sont pas toujours satisfaisantes, aussi bien en ce qui concerne la forme que le contenu. Il est en effet très difficile pour les mères de se projeter dans des événements futurs (le sevrage, le suivi gynécologique...) et toutes les notions abordées ne pourront donc pas être mobilisées.

9. Projets d'action

9.1 L'information pendant la grossesse

Comme nous l'avons vu précédemment, l'échelonnement de la distribution des informations aux futures mères durant toute la grossesse permet une bien meilleure mémorisation de ces dernières. En ce sens, continuer à encourager les femmes à participer à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité est nécessaire.

Si un même interlocuteur était privilégié pendant toute la grossesse et le post-partum cela permettrait d'instaurer une relation de confiance propice à l'échange d'informations et de questions, et ainsi de faciliter les acquisitions des jeunes mères. Instaurer un suivi global de chaque femme par une sage-femme permettrait de répondre à cette problématique.

9.2 La systématisation de certaines informations pratiques

Même si une accouchée semble tout à fait apte à rentrer chez elle, certaines questions pourront survenir une fois de retour à domicile. Or, encore beaucoup de femmes ne savent pas à qui s'adresser en cas d'interrogations.

Par conséquent, il semblerait nécessaire de rappeler à chaque accouchée durant son séjour en suites de couches qu'elle a la possibilité de rencontrer une sage-femme libérale en post-partum, afin de faire le point sur elle-même et son nouveau-né, et ce notamment dans le cadre des deux séances post-natales remboursées par l'assurance maladie. L'important est de rappeler aux femmes qu'elles peuvent bénéficier d'un relai avec un professionnel de santé avant la première visite avec le pédiatre ou la visite post-natale. De même, les informations sur le service de la PMI et les associations de soutien à l'allaitement pour les femmes qui ont choisi un allaitement maternel devraient être données systématiquement.

9.3 L'instauration d'un entretien post-natal

Tout comme l'entretien prénatal proposé en début de grossesse, l'entretien post-natal serait un moment privilégié entre la femme et sa sage-femme. Il s'agit d'un dispositif qui n'existe pas encore, et qui n'est donc pas prévu par l'assurance maladie. Cependant ce projet commence à prendre forme, comme en témoigne une offre de formation à ce sujet proposée dans le département de la Nièvre.

Cet entretien post-natal, qui pourrait être proposé à toutes les accouchées, permettrait de refaire le point sur les nombreuses informations données en post-partum et notamment sur les informations concernant la patiente elle-même.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les accouchées sont peu réceptives aux informations les concernant durant le post-partum précoce. De ce fait, si un entretien était réalisé trois à quatre semaines après l'accouchement, c'est-à-dire à mi-chemin entre la sortie de la maternité et la visite post-natale, cela permettrait de rediscuter de sujets tels que la contraception ou la reprise des rapports sexuels par exemple.

De plus, le couple mère-enfant pourrait ainsi être vu dans sa globalité, d'où l'intérêt que cet entretien soit réalisé par une sage-femme. Un examen médical ne serait pratiqué qu'en cas de nécessité, tout comme pour l'entretien prénatal, l'important étant surtout de répondre aux interrogations des accouchées et de rassurer la jeune mère sur ses compétences et ses aptitudes à être maman.

Dans le contexte actuel, nous pouvions nous inquiéter de l'impact du raccourcissement des séjours en maternité sur la qualité de la préparation au retour à domicile des accouchées. Il semble que cette influence soit moindre puisque nous n'avons pas retrouvé de différence notable entre les femmes qui ont bénéficié d'une sortie précoce et les autres. D'ailleurs, les femmes se sont dit globalement satisfaites de leur séjour et n'auraient pas souhaité être hospitalisées plus longtemps.

Cependant, à l'issue de notre étude, nous constatons que même si les soins du nouveau-né sont acquis par les mères au sortir de la maternité, les informations sont données aux accouchées de façon encore trop aléatoire. De plus, la mémorisation de ces renseignements n'est pas toujours évidente en post-partum précoce.

A ce titre, proposer un suivi plus systématique du couple mère-enfant à domicile semblerait nécessaire. Dans cette période délicate qu'est le post-partum, les femmes ont besoin d'être soutenues, et ce pas uniquement les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement.

La sage-femme, qui a pourtant un rôle essentiel en matière de périnatalité, n'a pas encore toute sa place dans le suivi de la mère et de son enfant. Instaurer un suivi global de la femme par une sage-femme permettrait d'échelonner la distribution des informations et ainsi de favoriser les acquisitions des jeunes mères. En privilégiant un interlocuteur unique et compétent, une relation de confiance pourrait s'instaurer. Ainsi serait-il alors beaucoup plus aisé de valoriser les compétences de chaque femme à être mère et de la soutenir dans sa parentalité.

Même s'il semble encore imparfait, le programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) pourrait faire connaître les sages-femmes en post-partum et promouvoir ainsi leurs différentes activités au service des femmes et des enfants.

- 1) Horovitz J, Coatleven F, Roux D, Vandebossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). EMC (Elsevier Masson SAS), Obstétrique 2011 ; 5-110-A-10.
- 2) Faculté de médecine de Strasbourg. Suites de couche pathologiques [consulté le 25/08/2011]. Disponible à partir de : http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/obstetrique/suite_couches_patholo.pdf
- 3) Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, Alama S.El, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum? Une démarche qualitative. La revue Sage-femme 2010 ; 9 : 240-9.
- 4) Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz A.S, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 : S12-9.
- 5) Stordeur C, Lejoyeux M. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS), Obstétrique 2011 ; 5-046-A-10.
- 6) D'après une conférence de presse de L'Académie Nationale de Médecine. Sortie précoce de maternité. Des risques accrus pour le nouveau-né. Journal de pédiatrie et de puériculture 2005 ; 18(7) : 362-5.
- 7) Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [consulté le 15/09/2011]. Disponible à partir de : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- 8) Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Guerin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction 2000 ; 29 : 94-101.

- 9) Audipog. Consultation des tableaux statistiques [consulté le 10/09/2011]. Disponible à partir de : <http://audipog.inserm.fr/tab-stat.php>
- 10) Vendittelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2005 ; 53(4) : 373-82.
- 11) HAS. Sortie précoce après un accouchement-Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique [consulté le 25/08/2011]. Disponible à partir de : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf
- 12) Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats de la DREES 2008 ; 660 : 1-6.
- 13) Lequien P. Raccourcissement du séjour des mères en maternité : pourquoi le pédiatre reste prudent? Archives de Pédiatrie 2001 ; 8(2) : 487-8.
- 14) Cleophax J.P, Fauquet E, Girodet D. Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations. Archives de Pédiatrie 1999 ; 6 : 885-8.
- 15) Blanc J.P. Durée optimale du séjour en maternité. Archives de pédiatrie 2000 ; 7(2) : 290s-1.
- 16) Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J.M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Archives de Pédiatrie 2008 ; 15(6) : 1076-82.
- 17) Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne. Charte constitutive de Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne [consulté le 20/09/2011]. Disponible à partir de : https://www.auvergne-perinat.org/pls/AGDF_INTERNET/AGDF_PPP.PPP_AFF_PCK.AFF_INC?REP_rnd=3128

18) Ministère de la Santé. PLAN « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité [consulté le 17/09/2011]. Disponible à partir de :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

19) Ordre des sages-femmes. Les compétences de la sage-femme [consulté le 03/10/2011]. Disponible à partir de :

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competes/index.htm

20) Ordre des sages-femmes. Le code de déontologie [consulté le 26/09/2011].

Disponible à partir de :

http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/deontologie_et_responsabilite/le_code_de_deontologie_/index.htm

21) Nombre de sages-femmes par département [consulté le 15/09/2011]. Disponible à partir de :

http://ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/1072_Nombredesages-femmespardepartement-donnees2010.pdf

22) HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles [consulté le 20/09/2011]. Disponible à partir de :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

23) Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. La protection maternelle et infantile [consulté le 10/09/2011]. Disponible à partir de :

<http://www.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi.html>

24) Légifrance.gouv.fr. Code de la santé publique. Chapitre II. Service départemental de protection maternelle et infantile [consulté le 15/09/2011]. Disponible à partir de :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3F412675D5D4A605F5C7A2E216A1B7EC.tpdjo15v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171124&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080314

25) HAS. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé [consulté le 15/09/2011]. Disponible à partir de : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

26) La Leche League. Qui sommes-nous ? [consulté le 05/10/2011]. Disponible à partir de : <http://www.lllfrance.org/Qui-sommes-nous/>

27) Lact'écoute. Association clermontoise de soutien à l'allaitement maternel [consulté le 05/10/2011]. Disponible sur : lactecoute.over-blog.com/

28) Assurance Maladie. Prado : l'accompagnement des mamans [consulté le 15/02/2012]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-var/en-ce-moment/prado-l-accompagnement-des-mamans_var.php

29) CNGOF. Communiqué de presse du 31 janvier 2012. Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions... [consulté le 15/02/2012]. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/>

30) UNSSF. Négociations PRADO : Le point en début d'année [consulté le 15/02/2012]. Disponible sur : <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=117&cntnt01returnid=16&cntnt01returnid=16>

31) Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats de la DREES 2011 ; 775 : 1-8.

32) Vilain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats de la DREES 2011 ; 776 : 1-8.

Mademoiselle, Madame,

Je suis actuellement étudiante en cinquième et dernière année à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand. J'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'études sur le thème de la préparation au retour à domicile des accouchées. A ce titre, je réalise une étude par questionnaire afin de recueillir votre ressenti et vos attentes concernant le séjour en maternité.

Vous pouvez remplir la première partie de ce questionnaire dès à présent. La deuxième partie n'est à remplir qu'une fois la visite du pédiatre qui autorise la sortie de votre enfant de la maternité effectuée.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Amandine Dépalle

Questionnaire : 1^{ère} partie

1) Renseignements généraux :

- 1) Quel âge avez-vous ? :
- 2) De quelle nationalité êtes-vous ? :
- 3) Quelle est votre profession ? :
- 4) Etes-vous : célibataire en couple
- 5) Combien d'enfants vivent à votre foyer ? :
- 6) Si vous vivez en couple : Quelle est la profession de votre conjoint ? :
- 7) Votre conjoint vous semble-t-il être suffisamment présent à vos côtés ?
 oui non
- 8) Votre famille (ou celle de votre conjoint) est-elle présente à vos côtés en cas de besoin :
 oui non

2) Grossesse et accouchement :

- 1) Combien avez-vous d'enfants ? :
- 2) Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance durant cette grossesse ? oui non
- 3) L'éventualité d'une sortie précoce de la maternité après votre accouchement a-t-elle été évoquée pendant la grossesse ? : oui non

3) Le séjour en maternité :

- 1) Quelle est la date et l'heure de naissance de votre nouveau-né ?

2) Quel jour allez-vous quitter le service des suites de couches ?

3) Bénéficiez-vous d'une sortie précoce ? : oui non

4) Votre séjour en maternité vous paraît :

trop court suffisamment long trop long

5) En ce qui concerne votre séjour en maternité vous êtes :

pas satisfaite assez satisfaite satisfaite très satisfaite

6) Quelque soit la réponse à la question 5 quelles étaient vos attentes concernant le séjour en suites de couches ? :

7) Vous a-t-on distribué des plaquettes informatives ? : oui non

Si oui lesquelles ? :

Concernant l'allaitement maternel :

8) Allaitiez-vous votre nouveau-né ? oui non

9) Avez-vous déjà allaité votre (vos) précédent(s) enfant(s) ? : oui non

10) Vous sentez-vous à l'aise avec votre allaitement maternel pour la sortie de la maternité ? :

oui non

11) Vous a-t-on parlé des aides possibles pour votre allaitement maternel une fois de retour à domicile ?

oui non

Si oui lesquelles ? :

2^{ème} partie

1) En ce qui concerne votre enfant :

Les informations en vue de la sortie vous ont-elles été données pendant le séjour sur ? :

1) **la surveillance du poids** : oui non oui mais ça reste confus

2) **la surveillance de la température** : oui non oui mais ça reste confus

3) **le rythme du sommeil** : oui non oui mais ça reste confus

4) **la prévention de la mort subite du nourrisson** : oui non oui mais ça reste confus

A ce sujet vous a-t-on parlé ? :

a) de la literie (matelas ferme, turbulette) : oui non oui mais ça reste confus

b) de la température de la chambre : oui non oui mais ça reste confus

c) de la position de couchage de l'enfant : oui non oui mais ça reste confus

5) **la préparation des biberons si vous n'allaites pas** :

oui non oui mais ça reste confus

6) **le suivi par un pédiatre ou un médecin généraliste** :

oui non oui mais ça reste confus

7) **les ordonnances de sorties de votre enfant vous-ont-elles été expliquées ?** :

oui non oui mais ça reste confus

En ce qui concerne les soins de l'enfant :

8) **Le soin de cordon** a été : a) montré ? oui non

b) appris à faire ? oui non

c) Vous vous sentez capable de le faire seule ? oui non pas vraiment

d) Vous a-t-on parlé de la surveillance du cordon après qu'il soit tombé ?

oui non oui mais ça reste confus

9) Le bain a été : a) montré ? oui non

b) appris à faire ? oui non

c) Vous vous sentez capable de le faire seule ? oui non pas vraiment

10) Le change a été : a) montré ? oui non

b) appris à faire oui non

c) Vous vous sentez capable de le faire seule ? oui non pas vraiment

11) Le soin de nez a été : a) montré ? oui non

b) appris à faire ? oui non

c) Vous vous sentez capable de le faire seule ? oui non pas vraiment

2) En ce qui vous concerne, durant le séjour :

Vous a-t-on donné en vue de votre sortie pendant le séjour les informations sur ? :

1) les saignements : oui non oui mais ça reste confus

2) la suture périnéale : oui non oui mais ça reste confus

3) le retour de couches : oui non oui mais ça reste confus

4) la rééducation périnéale : oui non oui mais ça reste confus

5) la reprise du sport : oui non oui mais ça reste confus

6) la consultation post-natale : oui non oui mais ça reste confus

7) la reprise des rapports sexuels : oui non oui mais ça reste confus

8) la contraception : oui non oui mais ça reste confus

9) Les ordonnances de sortie vous concernant vous ont-elles été expliquées ?

oui non oui mais ça reste confus