



HAL
open science

Étude sur la qualité de la préparation de la sortie du nouveau-né, premier enfant de la famille. Enquête dans le service d'obstétrique du CHU de Rouen

Mathilde Ricchiuti

► **To cite this version:**

Mathilde Ricchiuti. Étude sur la qualité de la préparation de la sortie du nouveau-né, premier enfant de la famille. Enquête dans le service d'obstétrique du CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01073231

HAL Id: dumas-01073231

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073231>

Submitted on 9 Oct 2014

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Etude sur la qualité de la préparation de la sortie du
nouveau-né, premier enfant de la famille.
Enquête dans le service d'obstétrique du CHU de Rouen**

Mémoire de sage-femme
Mademoiselle Mathilde RICCHIUTI
Née le 02 Février 1991

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2014

Remerciements

*A ma directrice, Madame Françoise EGAL, sage-femme cadre supérieur,
pour ses conseils et sa présence.*

*A ma guidante, Madame Agnès HEBERT, sage-femme enseignante,
pour son dévouement, son efficacité et ses encouragements,*

*A ma mère, la meilleure des mamans, à qui je pense chaque jour et qui me manque
énormément..,*

*A mon père, ma sœur et mon frère,
pour leur amour et leur soutien,*

*A mes amies,
pour avoir été mon pilier, ma deuxième famille au long de ces années d'études,*

*A Lucie et Joris,
pour leurs encouragements, leur amour et leur soutien.*

Merci

Sommaire

Introduction	1
Revue de la littérature	
1 Contexte général	2
1.1 Contexte économique	2
1.1.1 Financement et qualité des soins	2
1.1.2 Durée d'hospitalisation en suites de couches en France.....	3
1.1.3 Durée d'hospitalisation en suites de couches à l'étranger	4
1.2 Contexte législatif et réglementaire	5
1.2.1 Plan périnatalité 2005-2007	5
1.2.2 Loi HPST : Hôpital, patient, santé, territoires	6
2 L'offre de soins des suites de couches	6
2.1 Les professionnels	6
2.2 Les structures	8
3 Education des soins du nouveau-né en suites de couches	11
3.1 Le climat psychologique des suites de couches	11
3.1.1 Installation précoce d'une relation	11
3.1.2 Interaction mère-enfant	12
3.1.3 Place du père	13
3.2 Soins aux nouveau-nés	14
3.2.1 Transmission de l'information	14
3.2.2 Accompagnement dans l'acquisition des soins	16
3.2.3 Acquisition des soins : communication et techniques.....	16

4 Devoirs et obligations des professionnels de santé en périnatalité	17
4.1 Education à la santé et prévention	17
4.2 Evaluation des pratiques professionnelles	17
4.3 Evaluation des « compétences parentales » par les professionnels	19
Enquête et résultats	20
1 L'enquête	20
1.1 Objectifs et hypothèses	20
1.2 Matériel et méthode	20
1.2.1 Modalités de l'enquête	20
1.2.2 Moyens d'enquête	21
1.2.3 Tests statistiques	22
Discussion	34
Conclusion	43
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Le séjour en suites de couches constitue une étape charnière dans la vie d'une jeune mère. Cependant, le contexte social de la naissance ayant évolué, les familles étant de plus en plus dispersées, la transmission transgénérationnelle des savoirs n'est plus forcément la règle et 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. Différentes alternatives existent afin d'assurer la continuité des soins hors de la maternité. Cependant, il est essentiel que les bases de l'éducation aient été données en maternité pour permettre une continuité de l'apprentissage.

Le plan périnatal 2005-2007 souligne l'importance de renforcer l'accompagnement post-natal. L'enquête menée auprès des usagers par la DRESS en 2008 [17] suggère que des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité. C'est également ce que souligne l'évaluation du plan de périnatalité publié en 2010 [39], où l'accompagnement postnatal figure comme un des axes à renforcer pour le programme 2010-2013. Parallèlement, la question de la qualité des soins et de la satisfaction de l'utilisateur prend une place de plus en plus importante.

Dans le contexte actuel tendant à la réduction de la durée de séjour après un accouchement et en tant que future professionnelle, nous voulions nous intéresser à la qualité de l'apprentissage reçu par les primipares concernant les soins aux nouveau-nés. Pour comprendre, nous aborderons les contextes économique, législatif et réglementaire ainsi que l'offre de soins des suites de couches. Puis, nous nous intéresserons à l'éducation des soins du nouveau-né en suites de couches.

L'objectif est de savoir si les accouchées sont satisfaites et se sentent aptes à assurer la prise en charge de leur nouveau-né le jour de la sortie. L'intention de ce travail est une éventuelle amélioration des pratiques professionnelles concernant la préparation des accouchées au retour à domicile par des propositions d'actions acceptables et réalisables, prenant en compte le contexte économique actuel.

Revue de la littérature

1 Contexte général

Le système de santé français connaît sans cesse de multiples changements pour s'adapter aux évolutions sociales et financières. Ces modifications sont complexes car elles doivent allier qualité des soins et respect des contraintes budgétaires.

1.1 Contexte économique

1.1.1 Financement et qualité des soins [1, 13, 24, 36, 43]

La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé prévue par la loi de financement de la sécurité sociale, qui se substitue à la dotation globale qui était en vigueur depuis 1983. Elle a un double objectif :

- rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé
- instaurer l'équité de traitement entre établissements.

C'est un élément central de la « Nouvelle gouvernance hospitalière » mise en place par les ordonnances de 2005, dans la mesure où ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. La T2A met en place un mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), basé sur une distribution des ressources calculées à partir d'une estimation du volume et de la nature des activités de l'établissement. Le séjour de chaque patient est classé au sein d'un Groupe homogène de malades (GHM), qui est associé à son pendant financier, le Groupe homogène de séjour (GHS), défini par l'Assurance Maladie. Chaque GHS fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le ministère chargé de la santé, fondée sur l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC). La liste des couples GHM/GHS est commune pour l'ensemble des établissements en MCO.

La T2A incite l'établissement à promouvoir, en son sein, les activités les mieux tarifées. De plus, le niveau de tarification de certains actes peut inciter à diminuer le temps passé avec la patiente, au détriment des dimensions psychologiques et sociales de la relation, que promeut le plan périnatal 2005-2007 et que désirent les patientes.

Afin de répondre à la demande des usagers, le ministère chargé de la santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont collaboré pour rendre concrète, en quelques années, une véritable politique de transparence sur la qualité et la sécurité des soins dispensés en établissement de santé. Actuellement, il y a seize indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont neuf concernant la prise en charge du patient. Ces indicateurs ont une vocation d'information et de transparence. Les établissements et les professionnels de santé les utilisent pour mettre en place des démarches d'amélioration. Ils sont utilisés comme un outil de reporting aux échelons régional et national, facilitant la gouvernance institutionnelle notamment pour les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de leur démarche d'évaluation du parcours de soins des patients. Enfin, outils de transparence à destination des usagers, ils sont le reflet de l'implication de plus en plus forte des professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques. Chaque établissement a l'obligation de mettre à la disposition du public les résultats le concernant, accompagnés de données de comparaison.

Depuis 2008, la HAS a généralisé le recueil d'indicateurs transversaux portant sur quatre thèmes prioritaires dont la qualité et la sécurité des soins hospitaliers. De nouveaux projets de recherche pour la création d'autres indicateurs sont prévus pour les années 2013 à 2016. Des thèmes prioritaires, concernant également le secteur MCO sont envisagés notamment :

- La prise en compte de l'expérience et de la satisfaction du patient
- L'amélioration du parcours de soins et notamment les défauts de coordination

1.1.2 Durée d'hospitalisation en suites de couches en France [34, 35]

La durée moyenne de séjour (DMS) en 1950 était de 12 jours en France. Au fil des années, les petites maternités ont fermé au profit de grands centres hospitaliers, entraînant une diminution du temps de séjour après l'accouchement. Ainsi, ce dernier était d'environ 8 jours dans les années 70. Depuis le Décret du 9 octobre 1998 qui redéfinit les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé dans les domaines de l'obstétrique, la néonatalogie et de la réanimation néonatale, la DMS hospitalier post-partum n'a cessé de diminuer. Actuellement, la DMS après un

accouchement normal est de 4,4 jours et la tendance actuelle est toujours au raccourcissement.

1.1.3 Durée d'hospitalisation en suites de couches à l'étranger [24, 47, 48]

Une durée d'hospitalisation plus courte est cependant la règle dans d'autres pays industrialisés. En comparaison avec les vingt-cinq pays de l'OCDE, la France se trouve à la 23^{ème} position avec une des DMS les plus longues.

En Europe tout d'abord, la DMS est beaucoup plus courte qu'en France, pour un taux de mortalité maternelle et infantile voisin. Cependant les systèmes de santé n'ont pas la même organisation. Ainsi, en Angleterre, la durée du séjour après un accouchement normal varie de six heures à deux jours. Les sages-femmes se rendent quotidiennement au domicile des accouchées pendant les dix jours suivant l'accouchement. En Suède ou en Finlande, la plupart des mères sont rentrées à leur domicile avant 4 jours. Au Danemark, la majorité des femmes repartent vingt-quatre heures après la naissance. Dans tous ces pays, un suivi quotidien est assuré à domicile par une sage-femme, pendant plusieurs jours après la sortie.

Aux Pays-Bas, un tiers des naissances a lieu à domicile. Lorsque l'accouchement a lieu en maternité, les femmes restent hospitalisées en moyenne huit heures en post-partum. Le relais à domicile est assuré systématiquement pendant huit jours minimum par une aide familiale qui va s'occuper du couple mère/enfant et par une sage-femme libérale qui assure le suivi obstétrical.

Aux États-Unis, cette durée n'a cessé de diminuer depuis vingt-cinq ans alors qu'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 professionnels de santé à recommander une durée minimale d'hospitalisation de 48 heures suivies de visites à domicile par une sage-femme.

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

1.2 Contexte législatif et réglementaire

1.2.1 Plan périnatalité 2005-2007 [17, 28, 39, 41]

Depuis les années 1970, la France a mis en place une politique structurante et volontariste en matière de périnatalité se traduisant par trois plans successifs : 1970-1975 puis 1995-2000 et enfin 2005-2007. Ils avaient plusieurs objectifs : le renforcement de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, une amélioration de la prévention, le développement d'une prise en charge périnatale plus humaine en réponse à un besoin d'écoute d'une part et de diversification de l'offre de soins d'autre part.

Le plan périnatalité 2005-2007 comporte 4 axes et cherche à trouver le bon équilibre entre ces problématiques. Il recommande :

- « **plus d'humanité** » concernant la prise en charge passant par plusieurs mesures : recrutement, recommandations, formations, diffusion d'outils (carnet de santé, entretien prénatal précoce), soutien aux réseaux,... ainsi que par la participation des usagers de santé aux différentes mesures à mettre en place.

- « **plus de proximité** » des différents services pour améliorer la prise en charge périnatale et le vécu des futurs parents. Cet objectif devait être atteint par la participation des sages-femmes libérales et la création de place d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

- « **plus de sécurité** » dans la prise en charge médicale, caractérisée par la concentration des maternités, une graduation dans la prise en charge du risque et une définition rigoureuse de normes en personnel et en matériel.

- « **plus de qualité** » visant avant tout à mettre aux normes les maternités et les services. De plus, le plan affichait pour volonté de davantage tenir compte des dimensions psychologiques et sociales de la grossesse et de l'accouchement.

Cependant, le plan a dû composer avec de fortes contraintes managériales et budgétaires avec l'apparition de la T2A dans la même période. Désormais, les deux fondements du plan que sont la sécurité émotionnelle et la stratégie de suivi différencié des risques sont considérés comme acquis.

Enfin, le plan ne traite pas spécifiquement du besoin d'une plus grande prise en charge postnatale des femmes. Ce besoin est aujourd'hui exprimé par les femmes, les sages femmes et les services de PMI car cette étape est souvent vécue difficilement par les femmes sur les plans psychologique et matériel.

1.2.2 Loi HPST : Hôpital, patient, santé, territoires [1, 43, 49]

En juillet 2009 a été mise en place la loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle a pour but l'accès de tous à des soins de qualité comme défini à l'article 36 - Chapitre Ier bis relatif à l'organisation des soins. L'article L. 1411-11. précise que l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'ARS au niveau territorial et définis par le schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi
- La dispensation et administration des médicaments et dispositifs médicaux
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

Cette loi est un projet d'organisation sanitaire. A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

2 L'offre de soins des suites de couches

La prise en charge du post-partum est assurée par de nombreux professionnels d'abord du milieu hospitalier relayé ensuite par le milieu extra-hospitalier.

2.1 Les professionnels [27, 30, 35, 38, 51]

• Médecins

Concernant le secteur hospitalier, le gynécologue-obstétricien intervient auprès des femmes en suites de couches dans le cadre de situations pathologiques dépassant

les compétences de la sage-femme. Le pédiatre est le coordinateur de l'équipe soignante concernant le nouveau-né et prend en charge les pathologies néonatales. Il effectue l'examen médical obligatoire au cours des 8 premiers jours de vie, qu'il retranscrit dans le carnet de santé. Cet examen donne lieu à l'établissement d'un certificat de santé. C'est le pédiatre qui autorise une sortie pédiatrique de maternité.

Ces professionnels assurent également l'offre de soins en ambulatoire comme le médecin généraliste qui est un professionnel de premiers recours, notamment en post-partum. Ce dernier assure la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de pathologies ainsi que l'éducation pour la santé. Il oriente les patientes dans le système de soins et le secteur médico-social. Il est le coordinateur des soins et s'assure de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels.

• Sages-femmes

La sage-femme possède un statut médical à compétences définies. En période postnatale, ses compétences garantissent une prise en charge globale du couple de la mère et de l'enfant dans les limites de la physiologie. En cas de pathologie, elle collabore avec le médecin. Elle a un rôle essentiel d'accompagnement, d'éducation, de dépistage et de prévention auprès des couples. Elle est habilitée à assurer les soins aux nouveau-nés jusqu'à l'examen post-natal. En pratique, ces soins peuvent être dispensés durant la première année du nourrisson sous réserve que la sage-femme dispense des actes de prévention et ne soigne pas de pathologie.

Selon l'INSEE, en 2011, 18 % des sages-femmes soit 3412 exerçaient en libéral (exclusif ou mixte). En 2030, selon les projections, ce taux s'élèverait à 33%. Outre leur rôle dans le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse, elles assurent en post-partum le suivi de la mère et de l'enfant, à domicile ou en cabinet.

En 2005, la HAS précise dans ses recommandations que les femmes doivent recevoir une information compréhensible sur l'offre de soins de la période postnatale notamment. Par ailleurs, 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. Celles-ci comportent des actions de prévention et d'éducation en cas de besoins particuliers décelés pendant la

grossesse ou en post-partum. Elles permettent de répondre à des situations de vulnérabilité ou à une demande des parents. Aucune étude ne précise combien de femmes bénéficient actuellement de ces séances.

- **Infirmier(e)s et auxiliaires de puériculture**

Le rôle des infirmiers en puériculture est multiple : soins et surveillance médicale, surveillance de l'alimentation du nouveau-né, prévention et éducation pour la santé du nouveau-né auprès des parents, soutien à la parentalité, accompagnement des parents pour les soins de l'enfant (conseils, surveillance des vaccinations, rythme de vie...). L'auxiliaire de puériculture est chargée de la réalisation des soins du nouveau-né. Ce professionnel paramédical a un rôle d'éducation, de prévention et d'accompagnement du couple dans leur rôle de parents. Par sa formation, il doit pouvoir détecter un trouble psychologique ou une maladie infantile et être capable d'intervenir en cas de malaise et autres accidents de vie.

- **Etudiants**

Lors de leurs stages, les étudiants médicaux et paramédicaux prennent en charge des mères et/ou nouveau-nés dans les limites de leurs compétences sous la responsabilité et la supervision des professionnels du service. L'étudiant participe à l'accompagnement des patients avec le professionnel.

2.2 Les structures

Les maisons de naissances et les accouchements à domicile étant peu développés en France, les naissances ont lieu majoritairement à l'hôpital où débute alors le post-partum. Des structures extrahospitalières existent pour prendre le relais.

- **Protection Maternelle et Infantile (PMI) [25, 26]**

Ce service départemental est placé sous l'autorité du président du conseil général et dirigé par un médecin. Il est composé de personnels du domaine médical, paramédical, social et psychologique. La PMI est chargée d'assurer la protection sanitaire du couple mère-enfant. En post-natal, ses missions sont entre autres, de mener des actions médico-sociales préventives. Des consultations sont assurées à la

demande ou avec l'accord des intéressés, à domicile ou au centre de PMI et en liaison avec le médecin traitant et/ou les services hospitaliers concernés. La visite est généralement assurée par une sage-femme ou une puéricultrice et peut être complétée par des intervenants sociaux. Elle a pour objet de conseiller les parents selon leurs besoins : soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique.

- **Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO)** [14, 18, 42, 45, 48]

Ce service a été mis en place par l'assurance maladie (AM) depuis 2008. Il est placé sous la responsabilité d'un médecin conseil de l'assurance Maladie. Le PRADO vise à réduire la DMS en suites de couches de quatre à trois jours, en proposant aux accouchées la visite d'une sage-femme libérale dès leur sortie de maternité. Ce service non obligatoire est en phase d'expérimentation. Il s'explique entre autres par le besoin d'améliorer l'efficacité du système de soins hospitalier.

Un conseiller de l'AM rencontre les patientes hospitalisées éligibles à ce service à savoir les femmes majeures, sans co-morbidité, accouchées voie basse sans complication d'un enfant unique à terme, ne nécessitant pas un maintien en milieu hospitalier. Il lui communique une liste des professionnels de santé locaux et s'assure de la prise en charge effective dès le premier jour de la sortie. C'est le médecin ou la sage-femme ayant pris en charge la patiente qui est le prescripteur du PRADO. Deux visites minimum sont prévues, une le lendemain de la sortie et la suivante 24h ou 48h plus tard.

En janvier 2012, le Conseil National de l'Ordre des médecins avait fait connaître un certain nombre de réserves à propos de la mise en place du PRADO. Ce programme a reçu un accueil très mitigé dans les régions où il est expérimenté, du fait notamment de l'intrusion d'un agent administratif au sein même de l'hôpital. 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. Cette nouvelle stratégie dans l'offre de soins qui confronte les sages-femmes au suivi du nouveau-né à domicile n'a pas encore fait l'objet d'évaluation.

- **Hospitalisation à domicile (HAD) [9, 23, 48]**

L'hospitalisation à domicile dans le post-partum est prescrite en fonction de l'état de santé maternelle. Son indication relève d'un post-partum pathologique. En forte progression depuis 2003, elle est organisée par peu d'établissements qui sont davantage des maternités de niveau III.

- **Retour précoce à domicile (RPDA) [16, 21, 29, 32]**

Une sortie précoce est définie comme toute sortie survenant entre J0 et J2 inclus en cas d'accouchement voie basse et entre J0 et J4 en cas de césarienne. Il existe cinq conditions pour permettre une sortie précoce :

- le consentement éclairé de la mère et du père au préalable
- un faible risque médico-psycho-social
- les examens cliniques, biologiques et psychologiques du couple mère/enfant doivent être connus et satisfaisants le jour de la sortie
- la mère a une compétence et une autonomie suffisante pour l'allaitement, les soins au nouveau-né, l'observation des signes d'alerte la concernant elle et son nouveau-né ou bien ces compétences sont assurées avec le soutien à domicile
- le suivi est organisé avant la sortie et assuré à domicile par un ou des professionnels.

La première visite à domicile est systématique, le lendemain ou au plus tard le surlendemain de la sortie. Les seconde et troisième visites sont planifiées selon l'appréciation de la sage-femme, en accord avec la mère. Les familles ont les coordonnées d'une permanence téléphonique 24 heures sur 24, en l'occurrence le numéro du service de maternité et de la sage-femme libérale. Selon l'HAS et d'après l'expérience des pays qui le pratiquent depuis plusieurs années, le RPDA est sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé et choisi ou entièrement accepté.

La qualité du relais entre les professionnels hospitaliers et extra hospitaliers est fondamentale dans le cadre du RPDA. Les sages-femmes libérales jouent un rôle important dans le cadre des sorties précoces. En effet, 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. Un des avantages du RPDA est notamment l'appréciation de la situation psychosociale et familiale à domicile. Puis, ce programme permet la présence continue du père qui peut seconder la mère, notamment la nuit et participer aux différents soins du nouveau-né, ces derniers étant souvent « programmés » en maternité dans un souci organisationnel. Enfin, le recours à un seul intervenant permet l'installation plus aisée d'une relation de confiance rendant la mère plus sûre d'elle et de ses capacités.

3 Education des soins du nouveau-né en suites de couches

3.1 Le climat psychologique des suites de couches

3.1.1 Installation précoce d'une relation [3, 6, 8, 16, 21]

La période de la naissance est cruciale pour l'installation des liens précoces des parents avec leur enfant. La naissance implique une série de réaménagements chez la mère et l'oblige également à de nombreux deuils : l'état de grossesse mais aussi celui de l'enfant qu'elle avait imaginé. L'ensemble fragilise la femme qui devient extrêmement sensible à ce qu'elle vit, aux comportements et aux réactions de son entourage. Durant la grossesse, elle a imaginé cet enfant, son apparence physique, et leur relation mais toutes ces représentations ne correspondent pas à la réalité à laquelle elle est confrontée. En salle de naissance, le déroulement de l'accouchement, l'aspect de l'enfant ou la séparation corporelle peuvent venir briser les idéaux de la mère et ainsi fissurer le psychisme.

Lors de la première rencontre, plusieurs comportements sont observables : joie, émotion, gestes d'accueil, pleurs, pour les situations les plus heureuses. Mais aussi souffrance, parfois inaperçue car rien n'est exprimé ou effondrement avec verbalisation de la déception, de la culpabilité ou encore refus d'accueillir l'enfant sur son ventre. Ces comportements demandent à être observés et parlés par la suite. L'expression du ressenti dans les heures qui suivent la naissance accompagne le deuil

de ce qui a été imaginé et réduit voire évite un état « dépressif » compromettant la relation ultérieure.

Les parents doivent se mettre au service de leur enfant mais ne peuvent le faire que s'ils se sentent eux-mêmes en sécurité et reconnus dans leurs compétences naissantes. D'autres soignants vont venir s'ajouter à ceux qui entourent déjà la mère. La maternité doit être un lieu de transition rassurant pour accompagner ces changements. Ces temps d'adaptation et d'ajustement varient d'une famille à l'autre selon la parité, les conditions des premières rencontres, la sensibilité des parents, l'expressivité du bébé et la place inconsciente de l'enfant dans le psyché parentale.

3.1.2 Interaction mère-enfant [22]

Par l'ensemble des communications que le nouveau-né adresse à ses parents, il contribue à déterminer leur vécu, leurs satisfactions, leurs angoisses, leur culpabilité et leur estime d'eux-mêmes en tant que parents. Cela influence la qualité et la quantité des soins qu'il reçoit de ses parents. Les interactions sont donc des échanges qui s'effectuent dans les deux sens : nouveau-né/parents et parents/nouveau-né. Elles sont de trois types : comportementales, affectives et fantasmatiques. Les interactions comportementales sont les premières à se mettre en place et ce dès la naissance. Elles se définissent comme l'agencement du comportement de l'enfant avec celui de sa mère. Elles sont directement observables et intéressent trois registres :

→ **Les interactions visuelles** : dès les premiers jours, le regard constitue une modalité d'échange privilégiée. Le regard mutuel, souvent pendant la tétée est essentiel. Le regard du nouveau-né a des effets gratifiants sur sa mère et le regard réciproque de la mère augmente la tendance du bébé à fixer les yeux de celle-ci. L'enfant est à ce moment là, une personne déjà bien individualisée.

→ **Les interactions corporelles** : également appelé "dialogue tonique". Il existe une véritable interaction entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux etc. Le "peau à peau" est aussi très important associé aux stimuli (caresses, baisers..).

→ **Les interactions vocales** : les pleurs et les cris constituent le premier langage de l'enfant qui exprime ainsi besoins et affects. Ces interactions déclenchent des affects

intenses qui poussent la mère à agir pour mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le vécu maternel des cris et pleurs peut s'exprimer par des sentiments de doute, d'agressivité voire de désespoir. En retour, les mères parlent à leur enfant. C'est la prosodie du langage maternel qui semble plus importante que le contenu.

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

A domicile, le lien mère/enfant est renforcé. Un bébé n'existe et ne « survit » psychiquement qu'au travers des relations qui s'établissent dans le maternage et le nursing de son entourage. La relation précoce mère-enfant va s'appuyer sur 3 notions fondamentales : la préoccupation maternelle primaire définie par Winnicott articulée aux processus d'attachement, va conduire au processus de maternage, c'est-à-dire répondre aux besoins physiques et physiologiques de l'enfant. L'enfant accédera à une certaine tranquillité émotionnelle à travers une cohérence et une continuité des soins. Cette continuité sera facilitée par la réduction du nombre d'intervenants à domicile et à condition que les parents soient eux-mêmes dans une sécurité affective.

3.1.3 Place du père [3, 16]

Pour le père, la naissance induit également des réaménagements psychiques importants à prendre en compte pour l'équilibre familial. Il est nécessaire de lui donner sa place après s'être assuré qu'il est prêt à la prendre. Devenir père est un évènement et/ou un choc que le père doit intégrer, tout en tenant le rôle social attendu par tous et dont il se sent investi. Dans ces circonstances, le père n'est pas toujours lui-même en capacité de sécuriser la mère et d'accueillir son enfant.

Un père en activité dispose d'un congé paternité de onze jours consécutifs pour la naissance d'un enfant et s'ajoute aux trois jours d'absence autorisés prévus par le Code du travail. Il doit être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance et n'est pas fractionnable. Ce congé apparaît court pour que le père puisse adopter pleinement son nouveau rôle. En maternité, les professionnels peuvent planifier le déroulement de certains soins afin que le père soit présent, comme le bain par exemple. Cependant, de nombreux soins et conseils sont délivrés en son absence.

3.2 Soins aux nouveau-nés

3.2.1 Transmission de l'information

- **Accompagnement anténatal** [3, 4, 16]

L'accueil de l'enfant se prépare pendant la grossesse. Le rôle de la sage-femme est d'accompagner les futurs parents à partir de leurs attentes et projet de naissance. L'entretien prénatal, la préparation à la naissance et le projet de naissance sont avec d'autres pratiques, autant d'outils pour favoriser cet accompagnement. Ces dispositifs ont également pour but de limiter le stress prénatal et d'identifier d'éventuelles difficultés psycho-sociales. L'entretien prénatal précoce permet d'organiser un réseau de soin personnalisé autour de la femme si nécessaire.

La transmission de l'information durant la période post-natale est particulière du fait de l'état psychologique et physique dans laquelle se trouve la mère. L'information devrait donc commencer en anténatale, notamment lors de la préparation à la naissance et à la parentalité. Cependant, la période prénatale est habituellement centrée sur la naissance elle-même et les parents ont souvent des difficultés à absorber l'information qui concerne la période postnatale.

- **Transmissions ciblées des informations** [10, 16, 43]

Les transmissions entre les équipes représentent un moment charnière pour une prise en charge personnalisée des patientes. La traçabilité de la surveillance est indispensable au suivi du couple mère-enfant, elle a valeur médico-légale et contribue à la cohérence des interventions.

Le carnet de santé contient les informations médicales nécessaires au suivi de la santé de l'enfant et des conseils de prévention et d'éducation. Il est soumis au secret professionnel. En suites de couches, il faut s'assurer du report des éléments concernant la naissance, les examens pédiatriques, les mensurations, les dépistages, les thérapeutiques curatives et préventives. Pour un nouveau-né sans pathologie, c'est le seul document de liaison dont disposeront les professionnels assurant le suivi après la sortie de maternité.

- **Accompagnement postnatal** [13, 20, 30, 44]

Les mères affrontent souvent des problèmes communs durant les premiers jours suivant la naissance : l'isolement, la peur ou l'insécurité au sujet des soins au nouveau-né et de l'allaitement, l'inquiétude de ne pas savoir où s'adresser pour de l'aide, l'adaptation à leur nouveau rôle, la fatigue, l'image corporelle et le besoin d'être appuyées par leurs pairs. L'accompagnement de la mère dans les hôpitaux et les collectivités s'organisent généralement en fonction de ces besoins fondamentaux.

En lien avec la réduction de la durée de séjour, il faut donner les informations dans un temps plus court. Ceci montre l'importance des compétences exigées de la part des professionnels de santé en matière de communication pour dispenser l'ensemble des conseils indispensables. Le bagage intellectuel et spirituel de chaque patiente est différent. Le professionnel doit pouvoir prendre en compte la personne dans sa globalité, sur les plans familial, culturel et social. Il doit pouvoir identifier les ressources sociales dont dispose la patiente car ce sont des points d'appui importants pour gérer les situations de la vie quotidienne. Il semble donc important de se décentrer de la structure hospitalière et de ne pas raisonner qu'à partir de l'hôpital. C'est pourquoi, l'éducation, l'information et l'accompagnement doivent être adaptés à chaque patiente.

Spontanément, la transmission de l'information concernant les soins à apporter à l'enfant se fait principalement à l'oral, posant parfois le problème de la reproductibilité de l'information selon le soignant et la patiente à qui il s'adresse. Pour des raisons d'efficacité, il est important que l'information soit harmonisée et en continuité.

La connaissance est mieux assimilée si l'information a lieu au moment où la patiente en a besoin. Il faut essayer de prendre le temps, d'aller au rythme de la patiente et d'identifier les moments opportuns pour proposer l'éducation. C'est sur ce point que les professionnels de suites de couches rencontrent le plus de difficultés. Il s'agit donc de faire avec des temps distincts : celui du patient et celui du soignant.

Les informations transmises doivent être claires et bien structurées pour être comprises. Cependant, il faut éviter les cadres normatifs et rigides autant que possible sous peine d'engendrer de l'anxiété ou toute rupture de communication.

3.2.2 Accompagnement dans l'acquisition des soins [4, 10, 16, 22]

Généralement assurés par les soignants le premier jour, les soins associés aux informations nécessaires doivent rapidement être proposés à la mère pour qu'elle se les approprie.

Lorsque la situation est normale, il faut savoir observer et ne faire aucun geste pouvant troubler l'intimité, compromettre l'enchaînement des réflexes ou rompre la physiologie de l'adaptation. La pédagogie mise en œuvre doit être de type participatif ou démonstratif selon la préférence de la patiente. Plutôt que des directives infantilisantes et une modélisation à partir de techniques de soins hospitaliers, il s'agit d'aider les parents à s'approprier une gestuelle, une méthode et une organisation adaptable à la maison. L'observation de la dyade mère-enfant est incontournable pour adapter l'accompagnement : état de vigilance maternelle, signes de stabilité du nouveau-né. Le soignant doit insister sur les repères de sécurité nécessaires et sur l'importance de la communication avec l'enfant. L'accompagnement doit se faire par la réassurance et la valorisation, sans jugement de valeur.

3.2.3 Acquisition des soins : communication et techniques [7, 20, 44]

L'acquisition des soins est un véritable apprentissage nécessitant des efforts cognitifs, mémoriels et expérientiels. Il faut non seulement apprendre à bien effectuer les soins, mais aussi à les aimer. Cela implique que les soins soient individualisés et personnalisés en fonction des capacités de chacun et des besoins à satisfaire.

Il est important que les parents deviennent des acteurs impliqués, responsables de leur santé et celle de leur enfant. Pour cela, les professionnels doivent être impliquant et responsabilisant, à la fois en communiquant en vue de permettre des choix éclairés et en accompagnant pour rendre possible l'appropriation des soins envers leur enfant. Le soignant doit être éducateur au sens fort. Il doit être respectueux, capable de laisser émerger les compétences intrinsèques des patients. La confiance des jeunes parents dans leurs capacités grandit avec l'expérience positive. Le rôle des soignants est donc de renforcer cette confiance en eux.

Il n'existe pas de recommandation concernant les pratiques des soins courants au nouveau-né. Ils doivent être efficaces, confortables, sans risque traumatique ni

infectieux et réalisables aisément par la mère en prévision du retour à domicile. La cohérence des pratiques et des propos est indispensable, l'incohérence générant perturbation et insécurité. L'existence d'un « carnet de bord » confié à la mère, où apparaissent les propos, actions et résultats précédents, permet de compléter les transmissions entre les équipes. De nombreuses informations sont données dans un temps restreint, il est alors utile d'insister sur :

- la sécurité physique de l'enfant : recommandations de couchage, risques de secouer un bébé, fréquence des chutes
- l'hygiène corporelle et environnementale en lien avec l'immaturation immunologique
- le respect des rythmes et phases de sommeil du nouveau-né
- la qualité des produits de soins utilisés à usage spécifique pour bébé
- les ressources et limites sensorielles du nouveau-né et les interactions qu'il peut développer.

4 Devoirs et obligations des professionnels de santé en périnatalité

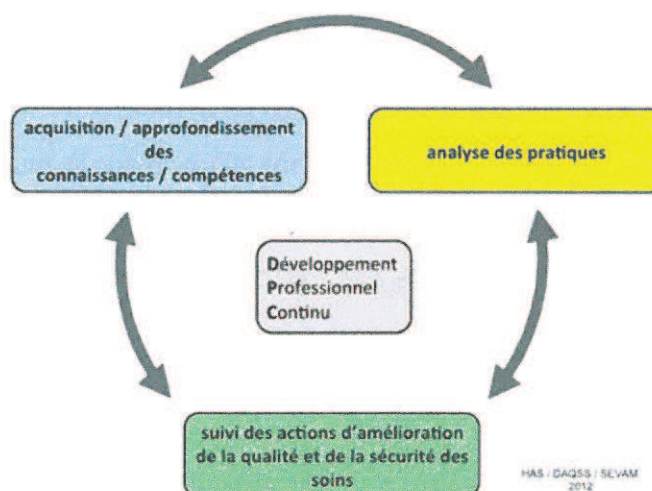
4.1 Education à la santé et prévention [9, 16]

Les professionnels de santé en périnatalité ont chacun une fonction bien définie. Ils ont le devoir d'assurer la prévention et l'éducation pour la santé et notamment du nouveau-né. L'investissement de chacun dans la prise en charge rend l'équipe davantage pertinente et efficiente. La coordination est essentielle et le rôle de la sage-femme comme chef d'équipe est important.

4.2 Evaluation des pratiques professionnelles [1, 15, 19, 31, 41, 43]

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC) reposant sur des principes simples. C'est au Conseil National de l'Ordre des sages-femmes que revient le contrôle du respect de l'obligation de DPC. Le

professionnel de santé satisfait à son obligation de DPC en participant, au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel. Ce dernier est conforme à une orientation nationale ou régionale. Le DPC permet d'adopter une posture réflexive et d'établir une liaison entre savoirs et actions. Il permet d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. Cette réflexion amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive. L'action est analysée pendant ou après son déroulement, en liens avec les connaissances.



C'est dans cette optique que s'inscrit notre travail dont l'objectif est d'adapter les pratiques professionnelles concernant la préparation des parents au retour à domicile.

Une enquête de la DRESS menée fin 2006 suggère que des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité. Les femmes sont entre 15 et 35% à n'être plutôt pas ou pas du tout satisfaites de ces informations et conseils prodigués.

Une enquête réalisée fin 2012 par le Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE) révèle qu'une primipare sur six dit s'être sentie désemparée ou angoissée dans les premiers jours à la maison. D'autres femmes regrettent le manque de soutien dont elles auraient eu besoin, qu'il s'agisse d'attention portée à leur forme physique ou psychologique, d'apprentissage des soins ou de la mise en place de l'allaitement. Il ressort de cette enquête également un manque de personnalisation des informations.

4.3 Evaluation des « compétences parentales » par les professionnels [16, 21, 37, 44]

Le professionnel doit apprendre à prendre de la distance, à regarder faire le patient et accepter qu'il fasse des erreurs, y compris en le laissant faire des gestes qui ne seront pas parfaits. Ceci revient à savoir faire progresser l'autre pour qu'il devienne autonome. Dans la formation médicale, le modèle pédagogique inverse est trop souvent utilisé : la proposition parfaite des gestes et des techniques domine, avec une reproduction exacte et strictement identique de ces gestes. La perspective du « laisser faire » devrait être plus largement développée : apprendre aux professionnels à laisser faire les patients, leur montrer qu'ils sont présents et qu'ils analysent ce qui se passe, en les laissant agir de façon personnalisée. Il s'agit de permettre aux parents de mettre en œuvre leur capacité d'autonomie pour assurer la sécurité physique et affective de leur enfant, en les réassurant dans ce temps très court. Il faut alors s'effacer et être présent à la fois, aider à bon escient.

L'évaluation des compétences par les professionnels permet de se rendre compte si la patiente est prête à sortir de la maternité avec son nouveau-né. Le soignant évalue donc en situation les savoirs acquis et les difficultés qui se présentent. En fin de séjour et en prévision de la sortie, l'équipe s'assure que les informations sont efficacement perçues par les parents et les reprend si nécessaire. En absence d'accompagnement, il n'est pas rare que l'accouchée sorte de maternité insatisfaite, se sentant incompétente, déprimée et exprimant parfois une véritable détresse.

Pour être assimilée, une information doit être répétée plusieurs fois. Les femmes ne peuvent donc pas se souvenir de toutes les informations données à la maternité dans la durée de séjour impartie. D'après une étude du CIANE de 2003, 71% des femmes trouvent les conseils donnés à la maternité contradictoires et 75% sont déconcertées par certaines situations à leur retour à domicile.

Même s'il est vrai qu'une offre de soins diverse existe afin d'assurer la continuité des soins hors de la maternité, il est essentiel que les bases de l'éducation aient été données en maternité pour permettre une continuité de l'apprentissage ensuite, d'où l'intérêt de notre étude.

Enquête et résultats

1 L'enquête

1.1 Objectifs et hypothèses

Dans le contexte actuel tendant à la réduction de la durée de séjour après un accouchement, qu'en est-il de la qualité de l'apprentissage reçu par les primipares concernant les soins aux nouveau-nés ?

→ Notre hypothèse était la suivante :

- Certains soins requièrent davantage d'insistance pour être mieux assimilés.

→ Nos objectifs étaient :

- de savoir si les accouchées se sentent aptes à assurer la prise en charge des soins aux nouveau-nés le jour de la sortie.
- d'envisager une éventuelle amélioration des pratiques professionnelles concernant la préparation des accouchées au retour à domicile.

Grâce à ce travail, nous espérons pouvoir émettre des propositions d'actions acceptables et réalisables, en prenant en compte le contexte économique actuel. Au total, l'intention était d'améliorer la qualité de l'éducation des primipares concernant les soins à leur nouveau-né et ainsi leur satisfaction.

1.2 Matériel et méthode

1.2.1 Modalités de l'enquête

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et uni centrique dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen. Notre objectif étant d'évaluer la préparation des accouchées au retour à domicile, le choix d'une étude uni centrique permettait de se concentrer sur une seule façon de prise en charge pour une éventuelle amélioration des pratiques dans cet établissement.

L'enquête, réalisée par questionnaires, s'est déroulée du 01 août 2013 au 22 décembre 2013, soit vingt et une semaines.

La population étudiée était composée de primipares ayant accouché par voie basse. Etaient exclues de cette étude, les patientes séparées de leur nouveau-né hospitalisé dans un autre service ainsi que celles ne comprenant ou n'écrivant pas ou mal la langue française.

Nous avons distribué avec l'aide de quelques professionnels du service et étudiants sages-femmes 195 questionnaires. A la remise du questionnaire à J2 ou J3 de l'hospitalisation, la consigne était de le remplir la veille ou le jour même de la sortie. Il était récupéré par le personnel et nous même à l'aide d'une urne disposée à cet effet. Nous avons récupérés 150 questionnaires, soit un taux de récupération de 76,92%. Parmi eux, 140 questionnaires étaient exploitables, soit 71,8% du nombre distribué.

1.2.2 Moyens d'enquête

Le questionnaire (annexe I), destiné aux patientes comportait 43 questions, divisées en cinq parties.

- La première partie, questions 1 à 9, nous renseignait sur le profil des patientes, le suivi de leur grossesse et la durée de leur séjour dans le service de suites de couches.
- La seconde partie, questions 10 à 21, portait sur l'alimentation choisie pour leur enfant.
- La troisième partie traitait des soins d'hygiène montrés et effectués durant le séjour ainsi que la satisfaction des patientes.
- La quatrième partie portait sur les informations délivrées sur la pesée et l'habillage de l'enfant, le sommeil et la prévention de la mort subite du nourrisson.

Pour ces parties, la majorité des questions était rédigée sous forme de questions à choix multiples, avec ou sans patron de réponses, afin d'évaluer les connaissances des patientes. Le critère de jugement était le pourcentage de réponses vraies aux questions posées.

- La dernière partie avait pour but d'évaluer la satisfaction des patientes quant à la qualité du séjour et de connaître les professionnels qu'elles pourraient solliciter ou non à leur retour à domicile.

1.2.3 Tests statistiques

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel Excel de Microsoft et analysées grâce au logiciel « Stata ». Les tests statistiques utilisés pour traiter les données étaient les suivants : Student et du khi2 ($p < 0,05$).

1 Les résultats

Profil

Age	Femmes n = 140	Pourcentage %
< 18 ans	0	0
18 – 30 ans	100	71.43
31 – 40 ans	37	26.43
> 40 ans	3	2.14
Situation maritale	Femmes n = 139	Pourcentage %
Célibataire	11	7.91
En couple	128	92.09
Profession	Femmes n = 140	Pourcentage %
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	8	5.71
Cadre, profession intellectuelle supérieure	24	17.14
Profession intermédiaire	6	4.29
Employé	49	35.00
Ouvrier	1	0.71
Sans activité	52	37.14
Expérience avec un nouveau-né	Femmes n = 140	Pourcentage %
Oui	85	60.71
Non	55	39.29
Personne aidante citée en n°1	Femmes n = 140	Pourcentage %
Père	118	84.31
Famille	17	12.14
Amis	5	3.57

Consultations prénatales	Femmes n = 139	Pourcentage %
1 à 3	8	5.75
4 à 6	54	38.85
7 à 9	77	55.40
Entretien du 4^{ème} mois	Femmes n = 138	Pourcentage %
Oui	72	52.17
Non	66	47.83
Participation à la préparation à la naissance et parentalité (PNP)	Femmes n = 140	Pourcentage %
Oui	86	61.43
Non	54	38.57
Conseils de puériculture aux séances de PNP	Femmes n = 86	Pourcentage %
Oui	71	82.56
Non	15	17.44
Quantité de ces conseils de puériculture	Femmes n = 71	Pourcentage %
Suffisants	40	56.34
Insuffisants	31	43.66
Durée du séjour (jours)	Femmes n = 140	Pourcentage %
3	15	10.71
4	95	67.86
5	25	15.86
6	5	3.57
Durée Moyenne de Séjour (jours)	4.14	
Type d'alimentation choisie	Femmes n = 140	Pourcentage %
Maternelle	77	55
Artificielle	53	37.86
Mixte	10	7.14

Concernant l'alimentation du nouveau-né, 10 femmes sur 140 ont déclaré avoir choisi l'alimentation mixte. Les questions portant sur l'alimentation étaient divisés en deux parties. La consigne était de répondre aux questions de la partie qui traitait du type d'alimentation choisie par la patiente. Les femmes qui ont choisi l'alimentation mixte ont répondu aux deux parties, nous donnant un nombre total N = 150 réponses composé de n1 = 87 réponses concernant l'allaitement maternel et n2 = 63 réponses concernant l'alimentation artificielle.

Allaitement maternel

Avez-vous reçu le guide bleu ?	Femmes n = 84	Pourcentage %
Oui	44	52.38
Non	40	47.62
L'avez-vous lu ?	Femmes n = 44	Pourcentage %
Oui	35	79.55
Non	9	20.45
Bénéfices de l'allaitement maternel (plusieurs réponses possibles)	Réponses n = 214	Pourcentage %
Apporter des anticorps non fabriqués les 1 ^{ère} semaines	78	36.45
Diminuer le risque ultérieur d'allergie	55	25.70
Empêcher les problèmes infectieux des 1 ^{er} mois	33	15.42
Prise de poids plus importante qu'avec le lait artificiel	28	13.08
Permettre une meilleure digestion	19	8.88
Je ne sais pas	1	0.47
% de bonnes réponses	Femmes n = 84	Pourcentage %
0	1	1.19
25	11	13.09
50	29	34.52
75	28	33.33
100	15	17.86
Qualité de la mise au sein (plusieurs réponses possibles)	Réponses n = 172	Pourcentage %
Bébé doit être entièrement tourné vers vous, sa bouche face au sein, le nez bien dégagé	51	29.65
Si la position est correcte, l'aréole du sein n'est plus visible	31	18.02
Les crevasses sont dues à une mauvaise position de votre enfant	32	18.60
Les crevasses sont dues au fait que votre enfant tète trop fort	44	25.58
Le mieux est de donner un seul sein à chaque tété	13	7.56
Je ne sais pas	1	0.58

Nombre de bonnes réponses	Femmes n = 87	Pourcentage %
0	6	6.90
1	17	19.54
2	41	47.13
3	22	25.29
Ne sait pas	1	1.15
Signes que votre enfant tète correctement <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	Réponses n = 155	Pourcentage %
Il prend du poids	63	40.64
Il remplit bien ses couches	42	27.10
Il lâche le sein de lui-même	6	3.87
Les tétées sont espacées de plus de 2h	22	14.19
Il s'endort	21	13.55
Je ne sais pas	1	0.64
% de bonnes réponses	Femmes n = 86	Pourcentage %
25	28	32.56
50	44	51.16
75	13	15.12
100	0	0
Ne sait pas	1	1.16
Combien de temps pensez-vous allaiter ?	Femmes n = 86	Pourcentage %
En semaines	1	1.16
En mois	49	56.98
Je ne sais pas	36	41.86
Savez-vous qu'il existe des consultations à l'allaitement dans le service ?	Femmes n = 86	Pourcentage %
Oui	38	44.19
Non	48	55.81

Alimentation au biberon

Préparation des biberons <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	Réponses n = 185	Pourcentage %
Toujours calculer sur la base d'une mesure rase de poudre de lait pour 30mL d'eau	63	34.05
L'eau doit être introduite d'abord dans le biberon avant d'y ajouter les mesures rases de poudre de lait	30	16.22
L'eau peut être à température ambiante ou tiède	50	27.03
La stérilisation des biberons est obligatoire	31	16.76
Il est possible de mettre les biberons sales au lave-vaisselle	11	5.95
Je ne sais pas	0	0
% de bonnes réponses	Femmes n = 63	Pourcentage %
25	3	4.76
50	9	14.29
75	40	63.49
100	11	17.46
Vous pouvez utiliser de l'eau :	Réponses n = 75	Pourcentage %
Du robinet	26	34.67
De source	32	42.67
Minérale	17	22.66
Je ne sais pas	0	0
% de bonnes réponses	Femmes n = 63	Pourcentage %
50	49	77.78
100	14	22.22
Un biberon de lait reconstitué ou de lait liquide entamé (1 seule bonne réponse) :	Réponses n = 62	Pourcentage %
Doit être consommé dans un délai d'une heure une fois sorti du réfrigérateur	58	93.55
Peut être conservé au réfrigérateur plus de 24h	3	4.84
Peut être conservé plusieurs jours au réfrigérateur si l'on a bien respecté les règles d'hygiène	1	1.61
Je ne sais pas	0	0
Bonnes réponses	Femmes n = 62	Pourcentage %
1 seule	58	93.55

Concernant la fréquence des biberons :	Réponses n = 189	Pourcentage %
L'intervalle minimum entre deux biberons : 1h30 à 2h	6	3.17
L'intervalle minimum entre deux biberons : 2h30 à 3h	56	29.63
Sur 24 h, votre enfant boira environ 6 à 7 biberons	66	34.92
Sur 24 h, votre enfant boira environ 10 à 12 biberons	30	15.87
Les quantités de lait à proposer seront réglées par le désir de votre enfant	31	16.40
Je ne sais pas	0	0
Nombre de bonnes réponses	Femmes n = 63	Pourcentage %
1	10	15.87
2	22	34.92
3	31	49.21
Dangers à utiliser le micro-ondes	Femmes n = 62	Pourcentage %
Oui	44	70.97
Non	18	29.03
Vérification de la température du lait (question ouverte)	Femmes n = 62	Pourcentage %
« Sur le poignet »	60	96.78
« En goûtant »	1	1.61
Je ne sais pas	1	1.61

Les soins d'hygiène

	Changement de couches		Bain		Soin de cordon		Soins d'yeux	
Nombre de démonstrations	N = 140		N = 139		N = 139		N = 139	
0	32		1		0		0	
1	70		66		66		94	
2	19		61		55		33	
3	6		8		14		8	
4 et plus (moyenne)	13 (1.27)		3 (1.74)		4 (1.81)		4 (1.57)	
	N = 127	%	N = 139	%	N = 137	%	N = 139	%
Très insuffisant	32	25.20	7	5.03	4	2.92	5	3.60
Insuffisant	70	55.12	29	20.86	41	29.93	6	4.32
Suffisant	19	14.96	102	73.38	91	66.42	127	91.37
Excessif	6	4.72	1	0.72	1	0.73	1	0.71
Nombre de soins effectués	N = 139		N = 139		N = 139		N = 140	
0	0		2		5		6	
1	0		56		23		22	
2	1		51		33		38	
3	0		21		41		50	
4 et plus (moyenne)	138 (4.1)		9 (1.97)		37 (2.71)		24 (2.45)	
	N = 139	%	N = 139	%	N = 138	%	N = 138	%
Très insuffisant	5	3.58	9	6.47	6	4.35	7	5.07
Insuffisant	1	0.72	39	27.06	12	8.70	8	5.80
Suffisant	132	94.96	90	64.75	119	86.23	122	88.40
Excessif	1	0.72	1	0.72	1	0.72	1	0.72
	N = 140	%	N = 140	%	N = 140	%	N = 140	%
Capable	139	99.29	138	98.57	140	100	140	100
Non capable	1	0.71	2	1.43	0	0	0	0

Après la chute du cordon, combien de temps faut-il poursuivre les soins ?	N = 137	Pourcentage %
Bonne réponse	80	58.39
Mauvaise réponse	29	21.17
Je ne sais pas	28	20.44
Tous ces soins vous ont été montrés par : (plusieurs réponses possibles)	Femmes n = 140	Pourcentage %
Puéricultrice	14	10.00
Sage-femme	24	17.14
Auxiliaire mère-enfant	27	19.29
Puéricultrice + auxiliaire mère-enfant	22	15.71
Puéricultrice + étudiant	3	2.14
Auxiliaire + étudiant	4	2.86
Sage-femme + auxiliaire ou étudiant	18	12.86
Puéricultrice + sage-femme + étudiant	15	10.71
Je ne sais pas	13	9.29

A la maison

Quand prendre la température de votre enfant ?	Femmes n = 140	Pourcentage %
2 fois par jour	0	0
1 fois par jour	39	27.86
1 fois par semaine	2	1.43
Quand votre enfant paraît différent /inconfortable	97	69.29
Je ne sais pas	2	1.43
Bonnes réponses	Réponses n = 140	Pourcentage %
1 seule	97	69.29
Il faudra le coucher sur :	Femmes n = 140	Pourcentage %
Le dos	139	99.29
Le côté	0	0
Le ventre	1	0.71
Je ne sais pas	0	0
Bonnes réponses	Réponses n = 140	Pourcentage %
1 seule	139	99.29
Il faudra le coucher avec :	Femmes n = 139	Pourcentage %
Un oreiller	2	1.44
Une couverture	3	2.16
Une gigoteuse	134	96.40
Je ne sais pas	0	0
Bonnes réponses	Réponses n = 139	Pourcentage %
1 seule	134	96.40
La température de sa chambre doit être idéalement de :	Femmes n = 140	Pourcentage %
16 – 17°C	0	0
18 – 19°C	90	64.29
20 – 21°C	47	33.57
Je ne sais pas	3	2.14
Bonnes réponses	Réponses n = 140	Pourcentage %
1 seule	90	64.29

Concernant le sommeil de votre enfant :	Réponses n = 234	Pourcentage %
Sa croissance se fait essentiellement durant son sommeil	50	21.37
Il faut éviter de le laisser dormir le jour sinon il ne dormira pas la nuit	42	17.95
Il faut le laisser dormir, même après 4 ou 5 h, s'il dort calmement, il n'a sûrement pas faim	31	13.25
Il faut le réveiller toutes les 2h30 à 3h pour le nourrir	38	16.24
Il faut que la maison soit silencieuse	57	24.36
Il faut le noir complet	13	5.56
Je ne sais pas	3	1.82
% de bonnes réponses	Femmes n = 137	Pourcentage %
50	50	36.50
100	31	22.63
Pendant le premier mois, il faudra peser votre enfant :	Femmes n = 140	Pourcentage %
Après chaque tétée	0	0
Tous les jours	7	5
Une fois par semaine	125	89.29
Une fois par mois	2	1.43
Je ne sais pas	6	4.29
Bonnes réponses	Réponses n = 140	Pourcentage %
1 seule	125	86.29
C'est l'été, il fait très chaud, bébé va bien, vous l'habiliez :	Femmes n = 135	Pourcentage %
Plus chaudement que vous	70	51.85
Aussi chaudement que vous	21	15.56
Moins chaudement que vous	6	4.44
Je ne sais pas	38	28.15
Bonnes réponses	Réponses n = 135	Pourcentage %
1 seule	6	4.44

Qualité de l'information

Conseils	Femmes n = 139	Pourcentage %
Non clairs	2	1
Clairs	137	99
Conseils clairs	Femmes n = 137	Pourcentage %
Cohérents	75	55
Non cohérents	62	45
Quantité de conseils	Femmes n = 139	Pourcentage %
Très insuffisante	3	2.16
Insuffisante	9	6.47
Suffisante	125	89.93
Trop importante	2	1.44
Participation aux réunions de puériculture	Femmes n = 139	Pourcentage %
Oui	66	47.48
Non	73	52.52
Si non, vous l'a-t-on proposée ?	Femmes n = 73	Pourcentage %
Réunion proposée	30	41.10
Réunion non proposée	43	58.90
Avez-vous regardé la chaîne 26 ?	Femmes n = 138	Pourcentage %
Oui	9	6.52
Non	129	93.48
Vous a-t-on expliqué le carnet de santé ?	Femmes n = 134	Pourcentage %
Non expliqué	114	85.07
Expliqué	20	14.93
L'avez-vous lu ?	Femmes n = 132	Pourcentage %
Non lu	99	75
Lu	33	25

Durée du séjour	Femmes n = 139	Pourcentage %
Très insuffisante	2	1.44
Insuffisante	20	14.39
Suffisante	114	82.01
Trop importante	2	1.44

Si vous avez des interrogations concernant votre enfant, vers qui allez-vous vous tourner à la sortie de la maternité ? (hiérarchisez en numérotant, 1 étant le plus important) :	Femmes n = 139	Pourcentage %
Médecin traitant	36	25.90
Sage-femme	18	12.95
PMI	76	54.68
Maternité	2	1.43
Urgences	0	0
Gynécologue	0	0
Autres : Pédiatre	7	5.03
Savez-vous qu'il existe des visites de sages-femmes libérales à votre retour à domicile ?	Femmes n = 139	Pourcentage %
Oui	75	53.96
Non	64	46.04
Dès votre retour à la maison, allez-vous contacter un professionnel de santé ?	Femmes n = 140	Pourcentage %
Non	19	13.57
Médecin traitant	71	50.71
Pédiatre	27	19.28
PMI	74	52.86
Sage-femme	3	2.14
Gynécologue	6	4.28
Autres : Ostéopathe	4	2.86

« Avez-vous des suggestions ? »

A cette question ouverte, nous avons recueilli davantage de remarques que de suggestions (Annexe III).

Le profil

Notre population de primipares est composée de femmes jeunes avec 71,43% d'entre elles âgées de 18 à 30 ans. D'après une enquête réalisée par AUDIPOG en 2008 [46] sur les primipares, 26,2% avaient moins de 25 ans contre 73,8% âgées de plus de 25 ans. Concernant la situation maritale, 7,91% sont célibataires ce qui est concordant avec la littérature qui retrouve un taux de 5%. Notre population est donc très majoritairement en couple. Puis, 35% d'entre elles sont employées, classe professionnelle principalement retrouvée. Par ailleurs, un pourcentage élevé, soit 37,14% est sans activité.

Une part importante des primipares a eu une grossesse bien suivie puisque 55,40% d'entre elles ont bénéficié de sept à neuf consultations prénatales. Les autres ont bénéficié de six consultations ou moins.

L'entretien prénatal précoce doit être proposé systématiquement à la femme enceinte depuis son instauration par la loi sur la protection de l'enfance de mars 2007 : 52,17% de notre panel en a bénéficié.

Dans l'ensemble, les patientes sont préparées à la naissance et à la parentalité. En effet, elles sont 61,43% à avoir assisté aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Ce taux est concordant avec la dernière enquête nationale périnatale de 2003, qui retrouve un taux de 67% de participation parmi les primipares. Nous n'avons pas demandé le motif de non participation dans notre questionnaire. Par ailleurs, selon l'enquête nationale périnatale, le motif avancé par un tiers des primipares était le souhait de ne pas y participer. Pour les autres, elles l'expliquaient par le fait que ces séances ne leur avaient pas été proposées (19,9%) ou qu'elles habitaient trop loin (13,5%) ou qu'elles avaient une pathologie contre-indiquant ces séances (13,4%) ou que les horaires n'étaient pas adaptées à leur emploi du temps (7,6%).

Parmi ces femmes préparées à la naissance, 82,56% déclarent avoir eu des conseils de puériculture et 43,66% ont jugé insuffisante la quantité de ces conseils.

Au-delà de la PNP, nous observons que 60,71% des interrogées ont déjà eu une expérience avec un nouveau-né, s'agissant peut-être d'un nouveau-né de leur famille

proche ou bien à l'occasion de baby-sitting. L'entourage est très important lors d'un premier enfant, dans 84,31% des cas, le père est cité en premier comme personne aidante, suivi respectivement par la famille puis les amis.

La durée moyenne de séjour (DMS) de notre population est de 4,14 jours, ce qui est légèrement inférieure à celle de l'enquête nationale périnatale de 2010 qui retrouve une durée de 4,4 jours mais elle prend en compte tous les types de séjour, physiologiques ou non. Dans notre population, 78,57% des patientes ont eu une durée de séjour inférieure ou égale à quatre jours et 15,86% ont bénéficié d'un séjour de cinq jours.

Concernant le type d'alimentation du nouveau-né, 55% des patientes ont choisi l'allaitement maternel et 37,86% l'alimentation artificielle. Elles sont 7,14% soit dix patientes à avoir opté pour l'alimentation mixte. Ces chiffres diffèrent de la littérature qui retrouve un taux d'initiation de l'allaitement maternel de 62,6% en maternité. Selon un rapport de 2010 sur la promotion de l'allaitement maternel [40], malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe.

Il existe un lien entre le type d'alimentation et la durée du séjour. En effet, il est significativement retrouvé une DMS plus longue pour les patientes qui ont choisi l'allaitement maternel ($p = 0.011 < 0.05$).

Les soins

Un des objectifs de notre étude était de savoir si les accouchées se sentaient aptes à assurer la prise en charge des soins de leur nouveau-né le jour de la sortie. Nous avons pu constater que beaucoup d'informations et de conseils étaient compris par les primipares.

L'enfant du premier âge [50] est un outil d'information et de prévention qui aborde le devenir de l'enfant de sa conception jusqu'à ses 3 ans. Ce guide créé par la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (FNOSS) est remis gratuitement aux futures mamans et concourt à l'éducation pour la santé. Parmi les patientes qui ont

choisi l'allaitement maternel, 52,38% l'ont reçu et la grande majorité soit 79,55% l'ont lu. Nous pouvons constater que lorsqu'elles possèdent ce livre, les patientes le lisent. Nous remarquons qu'elles sont relativement bien informées sur les bénéfices de l'AM puisqu'elles sont 51,19% à obtenir un taux de bonnes réponses supérieur à 75%.

Les patientes qui ont choisi l'alimentation artificielle semblent être au clair en ce qui concerne la préparation des biberons. En effet, 80,95% d'entre elles obtient un taux allant de 75% à 100% de réponses correctes. La conservation du lait est également bien connue par les patientes et il est rassurant de constater qu'elles sont 96,78% à savoir de quelle manière vérifier la température du lait.

Nous voulions connaître l'avis des primipares concernant l'acquisition des soins d'hygiène du nouveau-né, au niveau qualitatif et quantitatif. En ce qui concerne le changement de couches et le soin du cordon, il semble que l'auto-formation soit source de satisfaction. La plupart des patientes ont réalisé quatre fois ou plus le changement de couches et environ trois fois le soin du cordon. Ceci s'avère suffisant ou même excessif pour 90% d'entre elles environ.

D'autre part, 74% des femmes déclarent suffisant ou excessif le nombre de démonstrations du bain dont la moyenne est de 1,74 fois. Elles ont réalisé elle-même ce soin deux fois en moyenne, ce qui est suffisant pour 65% d'entre elles. Ces taux de satisfaction sont moins élevés que ceux des deux soins précédents. Cela peut s'expliquer par le fait que le bain apparaît comme un geste plus complexe. C'est un véritable apprentissage qui nécessite des efforts cognitifs et expérientiels.

Puis, l'apprentissage des soins d'yeux semble rapide pour les primipares puisque 92% d'entre elles sont satisfaites du nombre de démonstrations.

Une partie des questions traitait de la prévention de la mort subite du nourrisson, sans que ces termes n'apparaissent. Nous constatons que la position de couchage sur le dos, avec une gigoteuse est très bien assimilée par les primipares avec des taux respectivement de 99,29% et 96,40% de réponses correctes.

Lors du séjour en maternité, les nouveau-nés sont pesés quotidiennement pour s'assurer que la perte de poids des premiers jours reste physiologique. Le premier mois, la pesée est hebdomadaire. Cette information est comprise par 86,29% des femmes.

Autres points positifs, la quantité de conseils paraît suffisante pour 89,93% des patientes interrogées. Puis, ces conseils sont clairs pour 99% d'entre elles. Enfin, 100% des patientes interrogées déclarent se sentir prêtes à pouvoir assurer les soins de leur enfant de retour chez elles.

Vers une amélioration des pratiques professionnelles

La délivrance de nombreuses informations et conseils est efficace auprès des primipares de notre enquête. Cependant, certains soins requièrent davantage d'insistance pour être mieux assimilés.

Le point important nécessitant une amélioration est l'accompagnement de l'allaitement maternel. Ce constat est retrouvé dans la littérature puisque selon une enquête du CIANE réalisée en 2012 [41], 53% des patientes ont déclaré insuffisant l'aide pour l'alimentation maternelle. Dans notre enquête, la moitié des patientes allaitantes déclare un manque de clarté et/ ou de cohérence des conseils et informations délivrés (Annexe II). Les patientes semblent mal connaître la qualité de la mise au sein : elles sont seulement 47,13% à avoir trouvé deux réponses correctes sur trois et 6,90% n'en ont trouvé aucune. Parmi les mauvaises réponses, il apparaît que pour 25,58% d'entre elles, les crevasses sont dues au fait que l'enfant tète trop fort. Puis, seulement 1/6^{ème} des patientes obtient un taux de réponses correctes supérieur à 75% concernant les signes montrant que leur enfant tète correctement.

Selon les patientes, les professionnels ont des avis divergeant concernant l'allaitement maternel, rendant la compréhension difficile. Même si des formations sont proposées aux professionnels de maternité, il n'existe pas de « notice » ou de protocole pour cet accompagnement. Ceci peut expliquer ce manque d'homogénéité des informations délivrées. Nous pouvons nous demander si la création d'une feuille « tableau de bord », entièrement dédié à l'accompagnement de l'allaitement maternel

pourrait palier à ce manque de cohérence. Celle-ci rassemblerait les transmissions écrites des professionnels afin de savoir ce qui a déjà été dit précédemment.

Il existe un lien significatif entre le taux de bonnes réponses et la participation des patientes à la PNP ($p = 0.021 < 0.05$ et $p = 0.006 < 0.05$) ainsi qu'aux réunions de puériculture concernant les bénéfices de l'AM ($p = 0.001 < 0.05$ et $p = 0.012 < 0.05$) et la qualité de la mise au sein. Cependant, il n'existe pas de lien entre le taux de bonnes réponses et le fait que les patientes aient lu ou non le livre bleu ($p = 0.148 > 0.05$ et $p = 0.236 > 0.05$).

D'autre part, nous constatons une absence de projection dans le temps puisque 41,86% des patientes déclarent ne pas savoir combien de temps elles pensent allaiter. Celles qui se projettent davantage, expriment cette durée en nombre de mois. D'après la littérature [40], en France, la durée médiane de l'allaitement maternel est de l'ordre de dix semaines et concerne souvent des femmes plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée et ayant accouché dans les maternités de grande taille ou dans un CHU.

D'après les recommandations de l'OMS [33], la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel figurent parmi les soins systématiques dont doivent bénéficier les mères et les nouveau-nés pour améliorer leur santé. Or, il est regrettable de constater qu'une majorité de notre population, soit 55,81%, ne connaît pas l'existence des consultations à l'allaitement organisées dans le service.

Concernant la préparation des biberons, les femmes étaient plutôt bien informées. Cependant, seulement un tiers d'entre elles a répondu vrai à l'item « toujours calculer sur la base d'une mesure rase de poudre de lait pour 30 ml d'eau ». De plus, pour 34,67% des patientes, il est possible d'utiliser l'eau du robinet pour la préparation des biberons.

La question qui traitait de la fréquence des biberons possédait un patron de réponses indiquant que trois réponses étaient correctes. Moins de la moitié des patientes a répondu correctement, ce qui nous questionne sur la compréhension de cette information. Ceci peut s'expliquer par le nombre important d'informations délivrées pendant le séjour et donc la difficulté de toutes les mémoriser. Puis, un

constat plus inquiétant nous interpelle puisque pour 29,03% des femmes, il n'existe pas de danger à utiliser le micro-ondes. Il semble que le risque de brûlures de l'appareil digestif de leur enfant ne soit pas compris de toutes.

Il existe un lien significatif entre les connaissances sur la préparation des biberons et la participation des patientes aux réunions de puériculture du service ($p = 0.045 < 0.05$), ce qui doit encourager les professionnels à mieux promouvoir la participation des femmes à cette activité.

Selon l'enquête du CIANE réalisée en 2012 [41], les patientes sont 43% à trouver insuffisant l'accompagnement qui leur a été prodigué pour les soins de leur enfant.

Dans notre enquête, 80% des patientes déclarent très insuffisant ou insuffisant le nombre de démonstrations de changement de couches, or il s'agit d'un geste relativement simple. Ce soin est montré une seule fois selon la plupart des femmes. Même constat pour le soin du cordon dont 33% jugent insuffisant le nombre de démonstrations qui est de deux fois environ. Cette insatisfaction est compensée par la satisfaction de l'auto-formation pour ces deux soins. De plus, 42% des femmes ignorent combien de temps il faut poursuivre ces soins après la chute du cordon.

En revanche, concernant le bain, c'est davantage l'auto-formation qui est jugée insuffisante ou très insuffisante. Sur les 140 patientes interrogées, deux d'entre elles déclarent ne pas être capables de le faire. Lors du séjour, les patientes réalisent en moyenne deux fois le bain elle-même. Ce nombre peu élevé peut s'expliquer par la durée actuelle du séjour.

D'autres messages restent à améliorer, notamment les recommandations concernant la température de la chambre et les conseils à propos du sommeil du nourrisson qui restent flous pour les primipares. En effet, elles sont seulement 22,63% à avoir répondu correctement. Parmi les 45% de primipares déclarant un manque de clarté des conseils, certaines évoquent les informations concernant la prise de température corporelle ainsi que l'habillement de leur enfant. A ce dernier item, seulement 4,44 % des patientes ont répondu correctement.

Il existe un lien significatif entre la cohérence/clarté des conseils et la participation aux réunions de puériculture ($p = 0.012 < 0.05$). Or, il est regrettable que 52,52% des patientes n'y aient pas assisté et que plus de la moitié d'entre elles déclare qu'elles ne leur ont pas été proposées. Nous pouvons nous demander pourquoi ces réunions n'ont pas été proposées à toutes les patientes. Une patiente a précisé qu'il s'agissait du week-end et une autre des vacances scolaires.

Comme autre source d'informations, nous trouvons le carnet de santé. Celui-ci est commun à toutes les maternités et donc à toutes les patientes d'où une homogénéité de l'information. Pour 85,07% des patientes, il n'a pas été expliqué. Seulement un quart des patientes déclare l'avoir lu durant le séjour. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les patientes ne sont pas en possession du carnet de leur enfant durant le séjour, remarque faite notamment par plusieurs d'entre elles.

Un autre de nos objectifs était d'envisager une amélioration des pratiques professionnelles concernant la préparation des primipares au retour à domicile. Un film éducatif est diffusé gratuitement sur le canal 26 des télévisions du CHU depuis plus d'un an. Celui-ci reprend toutes les informations et conseils nécessaires concernant les soins aux nouveau-nés. Il montre les gestes à réaliser permettant d'allier l'information visuelle et orale, pour une meilleure assimilation. Il est regrettable de constater que 93,48% des patientes interrogées n'ont pas regardé cette chaîne durant leur séjour. Nous pouvons nous demander si cela est dû à une volonté des femmes de ne pas regarder ce film ou bien à un manque d'information de sur l'existence de cette chaîne gratuite. Une pancarte d'information pourrait être disposée au mur sous les télévisions des chambres, leur permettant par exemple de regarder le film dans la soirée.

Il serait nécessaire d'insister sur les dangers à utiliser le micro-ondes ainsi que sur les recommandations pour la prévention de la mort subite du nourrisson par l'intermédiaire de messages forts. Pour cela, une plaquette illustrée comme une sorte de « mémo » pourrait reprendre les notions indispensables et les conseils concernant la sécurité du nouveau-né. L'information est mieux mémorisée lorsqu'elle est répétée plusieurs fois ainsi que par l'intermédiaire du visuel.

Lors du séjour, il faudrait insister auprès des patientes sur l'intérêt d'assister aux réunions de puériculture. En effet, nous avons vu dans notre enquête que certains éléments étaient mieux retenues par les participantes tels que : des informations sur l'allaitement maternel et la préparation des biberons, les recommandations sur la prévention de la mort subite du nourrisson et le sommeil. De plus, la clarté et la quantité des conseils leur paraissent plus importantes. Il faudrait peut-être proposer aux professionnels une organisation différente du service permettant de proposer au minimum une réunion sur le week-end. Une autre solution serait de former d'autres professionnels à ces réunions pour assurer leurs dispenses notamment durant les vacances scolaires.

Enfin, il faudrait expliquer les différentes parties du carnet de santé dès le début du séjour et le laisser à la patiente pour qu'elle puisse le lire si elle le désire. Le carnet serait juste repris par les professionnels au moment de la visite du pédiatre et de la sortie pour noter les différents examens réalisés.

La continuité des soins après la sortie

Selon une enquête du CIANE réalisée en 2012 [41], 56% des femmes déclaraient une durée de séjour adaptée, 38% déclaraient vouloir rentrer plus tôt et 6% auraient souhaité rester davantage. Ces résultats diffèrent de ceux de notre enquête. En effet, pour 82,01% de notre panel, la durée de séjour semble suffisante, 15,83% déclarent cette durée de séjour insuffisante voire très insuffisante et seulement 1,44% la jugent trop importante.

Nous voulions savoir quelle prise en charge était envisagée par les patientes une fois de retour à domicile. 54,68% d'entre elles déclarent qu'elles se tourneront en premier vers la PMI en cas d'interrogations. Le médecin traitant et la sage-femme sont cités respectivement en seconde et troisième positions. D'autres sources d'informations sont également citées par certaines patientes : la famille, Internet, une aide à domicile. Sur le panel interrogé, 45,71% ignore qu'il existe des visites de sages-femmes libérales possibles à leur retour à domicile. Cependant, d'après une lettre du 04 mars 2014 de la ministre de la santé Marisol TOURAINE, une information sur les

compétences des sages-femmes telles qu'elles sont définies par le code de la santé publique sera diffusée au sein des établissements, à destination des professionnels et des femmes, ce qui devrait améliorer le degré de connaissances.

Sur les 140 patientes interrogées, dix-neuf déclarent qu'elles ne contacteront pas de professionnel de santé à leur retour à domicile. Par ailleurs, la majorité déclare qu'elle contactera la PMI et 50,71% le médecin traitant. Ce dernier apparaît bien ici comme professionnel de premier recours, d'où l'intérêt du courrier au médecin traitant dans les sept jours suivant la sortie d'hospitalisation, recommandé par la HAS. Le pédiatre, le gynécologue et la sage-femme sont cités secondairement.

Conclusion

L'objectif de notre mémoire était de savoir si les primipares se sentaient aptes à assurer la prise en charge de leur nouveau-né à la sortie et de recueillir leur satisfaction.

L'étude réalisée auprès de 140 patientes nous permet d'affirmer que de nombreux soins sont assimilés. L'éducation fournie par l'équipe médicale et paramédicale auprès des patientes est de qualité. Par ailleurs, afin d'atteindre un niveau optimal de compréhension et de satisfaction des patientes, il est nécessaire d'optimiser les outils existants tel que l'information sur le carnet de santé et l'existence du film éducatif à mieux promouvoir.

La place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé est de plus en plus importante, ceci se traduit par une évolution réglementaire et une montée en puissance des associations d'utilisateurs ainsi qu'une place croissante des démarches qualité.

L'évolution du contexte social de la naissance entraîne une adaptation du milieu hospitalier. En post-partum, la sortie précoce ou anticipée de maternité est plus que jamais d'actualité, contribuant à alléger les coûts d'hospitalisation en répondant à la fois aux souhaits des mères et à l'incitation de l'assurance maladie via le PRADO qui s'étend sur le territoire. Le rôle de la sage-femme est de maintenir à un niveau optimal l'éducation des patientes et la diffusion des conseils de prévention, grâce à un travail d'équipe, pour une autonomie suffisante à la sortie de la maternité.

Une démarche qualité repose sur l'évaluation des pratiques professionnelles mais sur la satisfaction des usagers, satisfaction qui doit tenir une place centrale dans notre exercice professionnel.

Bibliographie

➤ Ouvrages

1. BLONDEL B, GOFFINET F, BREART G - Evaluation des soins en obstétrique – Précis de gynécologie-obstétrique - Paris – MASSON – 2001 – 281 pages
2. BLONDEL B, LEJEUNE V – Gynécologie, obstétrique et soins infirmiers – 3^{ème} édition – Paris – DELAMARE – 2008 – 282 pages
3. CESBRON P, MISSONIER S - Neuf mois pour devenir parents - Editions Fayard - 2011
4. CHAUMETTE P - Parents et Sage-Femme : l'accompagnement global - Editions Yves MICHEL – 2005 - 190 pages
5. DAYAN J, ANDRO G, DUGNAT M - Psychopathologie de la périnatalité - Editions Masson - 1999
6. GALLEY-RAULIN F, SCHAUDER S - Mission du psychologue en maternité – Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui – Paris - Editions DUNOD – 2004
7. GASSIER G, DE SAINT SAUVEUR C - Le guide de la puéricultrice : Prendre soin de l'enfant de la naissance à l'adolescence - 3^e édition – Masson – 2007 – 500 pages
8. GUEDENEY N, LAMAS C, BEKHECHI V, MINTZ A.S, GUEDENEY A - Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère - Archives de Pédiatrie – 2008 – N°S1 Vol 15 – pages 12 à 19
9. HASCOET J-M, VERT P - Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né – Issy-les-Moulineaux – MASSON – 2010 – 239 pages
10. LAUGIER J, ROZE J-C, SIMEONI U, SALIBA E – Soins aux nouveau-nés – 2^{ème} édition – MASSON – 2006 – Paris - 840 pages
11. PAGE L-A - Le nouvel art de la Sage-Femme. Science et écoute mises en pratique - Editions Elsevier – 2004 - 418 pages

12. STORDEUR C, LEJOYEUX M - Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant – Elsevier Masson – 2011.

➤ **Articles**

13. Agence de la santé publique du Canada - Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales - Chapitre 6 – 2010. Disponible sur : www.santepublique.gc.ca consulté le 18/08/13

14. Assurance Maladie. Prado : l'accompagnement des mamans. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sagesfemmes/> consulté le 22/02/13

15. BLONDEL B, COULM B - Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - 2012 – Volume 42, Issue 1 – Pages 76 à 85

16. Collège National des Sages-Femmes - La sage-femme et le nouveau-né : compétences et bonnes pratiques – Dossier 2012

17. COLLET M. - Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement « Études et résultats DREES » - Septembre 2008 - N°660 - pages 1 à 6

18. Conseil National Médecins - Programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO après hospitalisation. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> consulté le 10/08/13

19. DEMEESTER A - L'Évaluation des Pratiques Professionnelles en maternité : une indispensable collaboration pour les sages-femmes « La revue sage-femme » - Décembre 2007 – Volume 6, Issue 5 – Pages 228 à 230

20. GIRARD L. Les soins professionnalisés aux nouveau-nés : de l'approche historique à une approche centrée sur la famille. Co-naître, « Dossiers de l'obstétrique » – Décembre 2007 – N°366 - Pages 30 à 39

21. GONNAUD F - Sorties précoces de maternité : attentes et besoins des parents – « Vocation Sage-Femme » - 2006 - N°38
22. RAZUREL C, BENCHOUK M, BONNET J, ALAMA S, 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 – N°5 Vol 9 - pages 240 à 249
23. RICBOURG A, MARPEAU L. – La durée du séjour en suites de couches « La revue du praticien » - Décembre 2011 – Volume 61
24. 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 – N°1 Vol 29 – page 94

➤ **Textes officiels**

25. Code de la santé publique - Chapitre II : Service départemental de protection maternelle et infantile. Disponible à partir de : <http://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 18/04/12
26. La protection maternelle et infantile - Le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Disponible à partir de : <http://www.sante.gouv.fr> consulté le 10/08/13
27. Les compétences des sages-femmes et le Code de déontologie – Editions Novembre 2012
28. Plan « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité – Ministère de la santé. Disponible à partir de : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf consulté en 2013

➤ **Recommandations pour la pratique professionnelle**

29. DEMONGOLFIER I - Recommandations en pédiatrie : Bien gérer les sorties précoces de maternité. Disponible sur :
www.lesjta.com/html2fpdf/article_pdf.php?ar_id=1232 consulté en février 2013
30. HAS - Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations professionnelles: Disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_reco_s.pdf consulté le 18/08/2013
31. HAS - DPC des sages-femmes ou maïeutique – Evaluation et Recommandation - Outils, Guides et Méthodes – 2012. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_437729/fr/dpc-des-sages-femmes-ou-maieutique consulté en septembre 2013
32. HAS - Sorties précoce après l'accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile - Recommandations pour la pratique clinique - Mai 2004. Disponible sur :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf consulté le 10/05/13
33. Organisation Mondiale de la Santé - Recommandations de l'OMS – Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale – 2013. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84202/1/9789242504842_fre.pdf consulté le 10/03/14.

➤ Rapports

34. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Disponible sur :
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf) consulté en février 2013
35. BLONDEL B, LELONG N, KERMARREC M. – La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales « Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction » - Novembre 2011 – MASSON - Volume 41 - pages 151-166
36. BRUANT-BISSON A, CASTEL P, PANEL M - Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé - Mars 2012
37. CARGILL Y, MARTEL M-J. Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement. Déclaration de principe de la SOGC - Avril 2007 - N° 190 - pp 360-363
38. DRESS - La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs - Mars 2012 - Disponible sur :
[Etudes et résultats n° 791 : La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs](#)
39. Ministère de la santé et des sports - Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 – Mai 2010. Disponible sur :
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation du plan perinatalite - Rapport final.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf)
40. TURCK D. - Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel – « Plan d'action : Allaitement maternel » - Juin 2010. Disponible sur :
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Plan daction allaitement Pr D Turck.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf) consulté le 19/12/13.

➤ Communiqués de presse

41. CIANE - Sortie de maternité et bien être des femmes - Enquête Novembre 2012
42. CNGOF - Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions... Communiqué de presse du 31 janvier 2012. Disponible sur :
<http://www.cngof.asso.fr/> consulté le 22/02/13
43. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) et HAS - Pour une politique de transparence dans les établissements de santé : bilan, nouveautés et perspectives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins - 26 novembre 2012
44. INPES – Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006 - Dossiers séminaires – Editions INPES. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1151.pdf>
45. UNSSF - Négociations PRADO : Le point en début d'année. Disponible sur : <http://www.unssf.org/> consulté en février 2013

➤ Sites internet

46. @ <http://www.audipog.net/tablostat.php>
47. @ Durée moyenne de séjour : naissance, Accouchement unique et spontané - OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) : <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/duree-moyennes-de-sejour-naissance-l-o-s-childbirth-table-fr> - consulté en février 2013
48. @ Retour à domicile après hospitalisation - Mise à jour en janvier 2013 - Caisse nationale d'assurance maladie. A partir de : <http://www.ameli.fr> - consulté en février 2013
49. @ <http://www.legifrance.gouv.fr/>

➤ **Guides**

50. Comité national de l'enfance – Le livre bleu – L'enfant du premier âge

➤ **Documents non publiés**

51. DESJOBERT J. - Revenir à la maison après l'accouchement - Mémoire sage-femme – Besançon – 2003

52. VATELOT Lucie - Evaluation de l'unité mère-enfant du centre hospitalier universitaire d'Angers : Questionnaire de satisfaction adressé aux parents du 1er juin au 31 octobre 2010 - Mémoire sage-femme - Angers – 2011

Annexes

Annexe I

Questionnaire distribué aux primipares

Etude sur la qualité de la préparation de la sortie du nouveau-né

Bonjour, je suis Mathilde Ricchiuti, étudiante sage-femme en 4^{ème} année.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'acquisition des soins à votre nouveau-né. Pour cela, j'effectue une enquête auprès des femmes ayant accouché d'un premier enfant. Ce travail nécessite un questionnaire, strictement anonyme que je vous soumetts.

Je vous remercie par avance de m'accorder quelques minutes de votre temps pour me permettre de mener à bien ce mémoire.

Questionnaire

Vous

1/ Quel âge avez-vous ? < 18 ans 18 – 30 ans 31 – 40 ans > 40 ans

2/ Vous vivez : seule en couple

3/ Votre profession :

Agriculteur exploitant Profession intermédiaire Retraité
 Artisan, commerçant et chef d'entreprise Employé Sans activité
 Cadre, profession intellectuelle supérieure Ouvrier

4/ Si besoin, vous pouvez compter sur l'aide de : (Hiérarchisez de 1 à 5, 1 étant le plus important)

N° ... Père de votre enfant

N° ... Vos amis

N° ... Votre famille

N° ... Autres :

N° ... La famille du père de votre enfant

N° ... Aucune aide à proximité

5/ Combien de consultations programmées (hors échographies), avez-vous eu pendant votre grossesse ? 1 à 3 4 à 6 7 à 9

6/ Avez-vous eu un entretien avec une sage-femme au 4^{ème} mois de grossesse pour répondre aux questions que vous vous posiez ? Oui Non

7/ Avez-vous déjà donné des soins à un nouveau-né (frère, sœur, baby-sitting ...) ?
 Oui Non

8/ Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ? Oui Non
Si oui, y a-t-il eu des conseils de puériculture ? Oui Non
Si oui, ont-ils été : Suffisants Insuffisants

9/ Votre enfant est né le àh.....
Vous sortez de la maternité le àh.....

L'alimentation de votre enfant

Si vous donnez le sein, merci de vous reporter aux questions 10 à 15.

Si vous donnez le biberon, merci de vous reporter aux questions 16 à 21.

Si vous donnez le sein :

10/ Avez-vous reçu le guide bleu ? Oui Non Si oui, l'avez-vous lu ? Oui Non

11/ Selon vous, les bénéfices de l'allaitement maternel sont de : *(plusieurs réponses possibles)*

- Lui apporter des anticorps qu'il ne fabrique pas durant les premières semaines de vie
- Diminuer le risque ultérieur d'allergie
- Empêcher les problèmes infectieux des premiers mois de la vie de bébé
- Lui permettre de prendre davantage de poids par rapport à une alimentation au biberon
- Lui permettre une meilleure digestion
- Je ne sais pas

12/ Concernant la qualité de la mise au sein : *(plusieurs réponses possibles)*

- Bébé doit être entièrement tourné vers vous, sa bouche face au sein, le nez bien dégagé
- Si la position est correcte, l'aréole du sein n'est plus visible
- Les crevasses sont souvent dues à une mauvaise position de votre enfant
- Les crevasses sont souvent dues au fait que votre enfant tète trop fort
- Le mieux est de donner un seul sein à chaque tété
- Je ne sais pas

13/ Les signes montrant que votre enfant tète correctement sont : *(plusieurs réponses possibles)*

- Il prend du poids
- Il lâche le sein de lui-même
- Il s'endort
- Il remplit bien ses couches
- Les tétées sont espacées de plus de 2h
- Je ne sais pas

14/ Combien de temps pensez-vous allaiter votre enfant ?

En jours : ... En semaines : ... En mois : ... je ne sais pas

15/ Savez-vous qu'il existe des consultations à l'allaitement dans le service ? Oui Non

Si vous donnez le biberon :

16/ Concernant la préparation des biberons : *(plusieurs réponses possibles)*

- Il faut toujours calculer sur la base d'une mesure rase de poudre lait pour 30mL d'eau
- L'eau doit être introduite d'abord dans le biberon avant d'y ajouter les mesures rases de poudre de lait
- L'eau peut être à température ambiante ou tiède
- La stérilisation des biberons est obligatoire
- Il est possible de mettre les biberons sales au lave-vaisselle
- Je ne sais pas

17/ Vous pouvez utiliser de l'eau :

du robinet de source minérale je ne sais pas

18/ Y a-t-il des dangers à utiliser le micro-ondes ? Oui Non

19/ Comment vérifie-t-on la température du lait du biberon ?

.....

.....

- 20/ Un biberon de lait reconstitué ou de lait liquide entamé : *(une seule réponse)*
- Doit être consommé dans un délai d'une heure une fois sorti du réfrigérateur
 - Peut être conservé au réfrigérateur plus de 24h
 - Peut être conservé plusieurs jours au réfrigérateur si l'on a bien respecté les règles d'hygiène
 - Je ne sais pas

- 21/ Concernant la fréquence des biberons : *(trois réponses correctes)*
- L'intervalle minimum entre deux biberons est de 1h30 à 2h
 - L'intervalle minimum entre deux biberons est de 2h30 à 3h
 - Sur 24 heures, votre enfant boira environ 6 à 7 biberons
 - Sur 24 heures, votre enfant boira environ 10 à 12 biberons
 - Les quantités de lait à proposer seront réglées par le désir de votre enfant
 - Je ne sais pas

Les soins d'hygiène

22/ Concernant le changement de couches :

- Combien de fois vous l'a-t-on montré ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Combien de fois l'avez-vous fait ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Vous sentez-vous capable de le faire ? Oui Non

23/ Concernant le bain :

- Combien de fois vous l'a-t-on montré ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Combien de fois l'avez-vous fait ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Vous sentez-vous capable de le faire ? Oui Non

24/ Concernant le soin de cordon :

- Combien de fois vous l'a-t-on montré ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Combien de fois l'avez-vous fait ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Vous sentez-vous capable de le faire ? Oui Non
- Selon vous, après la chute du cordon, les soins sont à poursuivre : *(1 seule réponse)*
 3 jours 7 à 10 jours 1 mois je ne sais pas

25/ Concernant les soins d'yeux :

- Combien de fois vous les a-t-on montré ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Combien de fois l'avez-vous fait ? 0 1 2 3 4 et plus
- Cela vous paraît-il ? Très insuffisant insuffisant suffisant excessif
- Vous sentez-vous capable de le faire ? Oui Non

26/ Tous ces soins vous ont été montrés par : *(plusieurs réponses possibles)*

Puéricultrice Sage-femme Etudiant Auxiliaire mère-enfant Je ne sais pas

A la maison

27/ A votre domicile, il faudra prendre la température de votre enfant : *(une seule réponse)*

- 2 fois par jour 1 fois par semaine
 1 fois par jour Lorsque votre enfant vous paraît différent ou inconfortable
 Je ne sais pas

28/ La température de sa chambre doit être idéalement de : *(une seule réponse)*

- 16 – 17 °C 18 – 19 °C 20 – 21 °C je ne sais pas

29/ Lorsque vous mettez votre enfant au lit, il faudra :

- Le coucher sur : le dos le côté le ventre Je ne sais pas
- Lui mettre : un oreiller une couverture une gigoteuse Je ne sais pas

30/ Concernant le sommeil de votre enfant : *(plusieurs réponses possibles)*

- La croissance de votre enfant se fait essentiellement durant son sommeil
 Il faut éviter de le laisser dormir le jour, sinon il ne dormira pas la nuit
 Il faut le laisser dormir, même après 4 ou 5 h, s'il dort calmement, il n'a sûrement pas faim
 Il faut le réveiller toutes les 2h30 à 3h pour le nourrir
 Il faut que la maison soit silencieuse
 Il faut le noir complet
 Je ne sais pas

31/ Pendant le premier mois, il faudra peser votre enfant : *(une seule réponse)*

- Après chaque tétée Tous les jours Une fois par semaine Une fois par mois
 Je ne sais pas

32/ De retour à la maison, c'est l'été, il fait très chaud, bébé va bien, vous l'habilitez :

- Plus chaudement que vous Aussi chaudement que vous
 Moins chaudement que vous Je ne sais pas

Qualité de l'information

33/ Les conseils donnés concernant les soins de votre enfant sont-ils : clairs ?

- Oui Non

cohérents ?

- Oui Non

Si non, sur quels soins ?

34/ La quantité de conseils est-elle ?

- Très insuffisante insuffisante suffisante trop importante

35/ Etes-vous allée aux réunions organisées dans le service sur les soins aux nouveau-nés ?

- Oui Non

Si non, vous les a-t-on proposées ? Oui Non

36/ Vous a-t-on expliqué les différentes parties du carnet de santé de votre enfant ?

- Oui Non

L'avez-vous lu ? Oui Non

37/ Avez-vous visionné la chaîne 26 de la maternité durant votre séjour? Oui Non

38/ Comment qualifiez-vous la durée de votre séjour ?

Très insuffisante insuffisante suffisante excessive

39/ Si vous avez des interrogations concernant votre enfant, vers qui allez-vous vous tourner à la sortie de la maternité : (Hiérarchisez en numérotant, 1 étant le plus important)

N°... Médecin traitant N°... Protection maternelle et infantile (PMI) N°... Urgences
N°... Sage-femme N°... Maternité N°...Gynécologue
N°... Autres :

40/ Savez-vous que des visites de sages-femmes libérales sont possibles à votre retour à la maison ?

Oui Non

41/ Dès votre retour à la maison, allez-vous contacter un professionnel de santé ?

Oui Non

Si oui, lequel ?

Médecin traitant Pédiatre Protection maternelle et infantile (PMI)
 Gynécologue Sage-femme Autres :

42/ Vous sentez-vous prête à pouvoir assurer les soins de votre enfant à la maison ?

Oui Non

43/ Avez-vous des suggestions ?

.....
.....
.....
.....

Je vous remercie de votre participation.

Annexe II

Une question ouverte permettait aux patientes de citer les soins qui manquaient de clarté et/ou de cohérence :

- « Conseils parfois différents d'un professionnel à l'autre
- Matériel à usage unique
- Allaitement (difficultés)
- Dégagement du nez lors des tétées, entre autres
- Ecart entre tétées (avis différent en fonction des sages-femmes). Exemple : 3h, 5h ou à la demande pour une même journée
- Les conseils vestimentaires
- Le bain »

Annexe III

Suggestions des patientes :

- « Allonger le séjour d'une journée systématiquement
- Que toutes les chambres soient individuelles
- Un micro ondes à disposition permanente
- Contrôler les entrées et sorties pour plus de sécurité
- Bonne maternité. Créer des chambres pour couple pour que le papa passe les nuits avec sa famille
- Informations et méthodes parfois contradictoires en fonction des personnes. Pour un premier bébé il est parfois difficile de s'y retrouver
- Etre plus à l'écoute de la maman, ne pas hésiter à remontrer les gestes du quotidien
- Le papa devrait pouvoir rester quand on habite loin du CHU (+50km)
- Dommage que le séjour ne dure plus longtemps. Pour un premier enfant, j'aurai aimé rester à la maternité une semaine entière et repartir avec des rendez-vous toutes les deux semaines pendant les deux premiers mois pour faire le point avec l'équipe qui s'est occupée de mon bébé durant mon séjour. Je sais que c'est beaucoup demander mais c'est tellement rassurant que ça nous permettrait de prendre plus vite confiance en nous. En tous cas, je souhaite vous dire un grand merci à toutes. Vous faites un travail formidable, c'est important de le dire car vous le méritez ! Et les élèves stagiaires sont au top du top !!! Encore merci. Le papa se joint à moi.
- Si accouchement en début de journée (1h00), il faudrait compter cette journée
- Impossibilité de lire le carnet de santé car remis à la sortie. »