



HAL
open science

Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-partum ?

Lucie Arsac

► To cite this version:

Lucie Arsac. Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-partum?. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01338812

HAL Id: dumas-01338812

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338812>

Submitted on 29 Jun 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

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

UNIVERSITÉ D'Auvergne – CLERMONT 1

***Les différentes modalités
d'accompagnement au retour à
domicile permettent-elles de
répondre aux attentes des
patientes en Post-partum ?***

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Arsac Lucie

Né (e) le 11/12/1992

Sous la direction de Mme Maisonneuve Muriel,
Sage-femme et la co-direction de Mr Gony Sylvain, Sage-femme enseignant

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2015

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

UNIVERSITÉ D'Auvergne – CLERMONT 1

***Les différentes modalités
d'accompagnement au retour à
domicile permettent-elles de
répondre aux attentes des
patientes en Post-partum ?***

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Arsac Lucie

Né (e) le 11/12/1992

Sous la direction de Mme Maisonneuve Muriel,
Sage-femme et la co-direction de Mr Gony Sylvain, Sage-femme enseignant

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2015

Glossaire

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, des Évaluations et des Statistiques

ENP : Enquête nationale périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile

UNAF : Union nationale des associations familiales

Sommaire

Sommaire

Introduction.....	1
Revue de la littérature.....	2
Revue de la littérature.....	2
I. Les besoins des femmes pendant le post partum.....	2
II. L'accompagnement au retour à domicile après l'accouchement.....	5
III. La situation à l'étranger.....	17
Matériel et méthode.....	20
I. Les objectifs de l'étude.....	20
II. Type d'étude.....	20
III. Durée de l'étude.....	20
IV. Lieux de l'étude.....	21
V. Population cible.....	21
VI. Population source.....	21
VII. Critères de sélection des sujets.....	21
VIII. Recueil des données.....	22
VIII. Informatisation.....	24
IX. L'analyse des données.....	24
X. Budget.....	25
XI. Aspect éthique et réglementaire.....	25
XII. Calendrier.....	26

Résultats.....	26
I. Description de la population.....	26
II. Le suivi de la grossesse.....	28
III. L'accouchement.....	29
IV. Le séjour en maternité.....	30
IV. Le retour à domicile.....	33
V. Les remarques.....	46
Discussion.....	47
I. Les forces et faiblesses de l'étude.....	47
II. Les données générales.....	48
III. La grossesse.....	49
IV. L'accouchement.....	49
V. Le séjour en maternité.....	50
VI. Le retour à domicile.....	51
VII. Perspectives, propositions.....	58
Conclusion.....	60
Références bibliographiques.....	62
Annexes.....	67

Introduction

Introduction

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit le post-partum (ou suite de couche) comme la période qui débute deux heures après l'accouchement et se termine par le retour de couche, soit environ six à huit semaines après l'accouchement pour les femmes n'allaitant pas. La durée de cette période varie donc selon les patientes puisque le retour de couche se fait très souvent après l'arrêt de l'allaitement exclusif pour les femmes allaitantes. Il correspond au retour à l'état antérieur des différentes fonctions féminines. Cette période est marquée par d'importantes modifications de l'organisme maternel. Celles-ci sont aussi bien d'ordre physique (involution de l'utérus, fermeture du col utérin, diminution des lochies,...) que psychologique. Les modifications hormonales et le changement considérable que constitue l'arrivée d'un enfant vont générer un bouleversement au niveau psychique. Un remaniement de tous les repères affectifs et sociaux de la femme va devoir s'effectuer, il s'agit ainsi d'une période critique pour l'élaboration de la relation mère-enfant.

La mère et le nouveau-né mais également le couple sont vulnérables et peuvent rencontrer des difficultés, voire des complications plus importantes. Les patientes sont de plus en plus rapidement renvoyées à domicile après l'accouchement et les familles sont de plus en plus dispersées. Les femmes peuvent donc se sentir isolées face à ces changements de vie. Il découle de cela la nécessité d'une attention particulière et d'un soutien par les professionnels de santé.

Les femmes se voient de plus en plus souvent proposer un accompagnement à la sortie de la maternité (sage-femme libérale, programme PRADO, PMI,...). Cet accompagnement permet-il de répondre aux attentes des patientes en Post-partum ?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai réalisé dans un premier temps une revue de la littérature, dans un deuxième temps je vous présenterai l'étude que j'ai menée et enfin je réaliserai une discussion de mes résultats par rapport à ceux de la littérature.

*Revue de la
littérature*

Revue de la littérature

I. Les besoins des femmes pendant le post partum

Le post-partum, ou suites de couche, débute environ deux heures après l'accouchement et recouvre les six semaines qui suivent.

Il constitue une période de transition difficile et vulnérable pour la femme qui devient mère et pour le couple parental sur le plan psychologique, affectif et social.

Le post-partum est caractérisé par un grand nombre de modifications physiques et psychologiques : la régression du corps utérin, la reconstitution du col, la régression des lochies, la diminution de la tonicité des muscles périnéaux, la mise en place de l'allaitement maternel, les troubles sexuels (dyspareunies, troubles du désir,...), les variations de l'humeur,...

Les besoins des femmes pendant cette période sont donc multiples :

- Le mode d'alimentation du nouveau-né : l'allaitement maternel est une source d'angoisse au retour à domicile. En effet les patientes ont reçu beaucoup d'information à la maternité mais souvent contradictoires. Elles se retrouvent alors désemparées devant l'apparition de crevasses difficiles à gérer, la sensation de manque de lait, ...

Les patientes ayant choisi l'allaitement artificiel ont également besoin de conseils par rapport à la préparation des biberons, aux rations, types de lait,...

- Les soins de puériculture : bains, soins du cordon, changes, nettoyage de nez, portage,... Les patientes ont été beaucoup encadrées lors du séjour en maternité et se retrouvent seules à la maison avec parfois des soucis d'organisation.
- Anxiété par rapport à la santé du nouveau-né : prise de poids, fièvre, ictère, ...

- Besoin de s'exprimer par rapport à l'accouchement et exprimer leurs difficultés et craintes.
- Besoin d'informations par rapport à la transformation physique suite à l'accouchement, la reprise d'une contraception, la sexualité, ...
- Besoin de conseils pour contrôler la douleur (périnée, césarienne,...), prévenir le mal de dos, ...

- Difficultés à « devenir parents » :

Des difficultés à la parentalité peuvent se manifester de différentes façons : les femmes qui deviennent fragiles, perméables à toutes angoisses ; les hommes qui ne retrouvent pas en eux les ressources pour devenir père ; les couples qui se séparent avant de devenir parents... [1]

Plusieurs études rapportent qu'en période périnatale et plus particulièrement au moment du retour à la maison, d'importantes pressions sont ressenties par les parents pour être de « super-parents ». La pression pour « bien faire les choses » est intense selon plusieurs nouvelles mères et contribue à alimenter leur doute sur leurs capacités à bien jouer leur rôle.

Après l'arrivée d'un enfant, les relations conjugales se transforment : en effet, elle peut avoir pour effet d'exacerber les tensions au sein du couple et de créer une sorte de distance émotionnelle avec le conjoint. [2]

L'arrivée du nouveau-né dans la vie du couple est comme l'arrivée d'un ouragan, tout l'équilibre est bousculé, il faut que chacun retrouve sa place dans un fonctionnement qui n'est plus linéaire mais une triangulation, faisant intervenir l'interprétation des parents et leur bon sens afin de répondre aux besoins de l'enfant.

Le professionnel soignant a donc un très grand rôle à jouer pour donner confiance aux parents.

- Difficultés psychologiques :
 - Troubles anxieux (peur importante, inquiétude excessives) (15 à 54 % des accouchées)
 - Manque de confiance en ses capacités
 - Baby blues : caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle souvent accompagné de sentiments d'incompétence et d'incapacité à faire face. (30 à 70 % des accouchées) [3]
 - Plus rarement peuvent apparaître la dépression du post-partum (épisode dépressif majeur dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement) (10 à 15 % des mères) ou la psychose puerpérale (idée délirantes et perception altérée de la réalité) (1 à 2 % patientes) [3]
 - Dans une étude de Börjesson et al. de 2004 (maternal support during the first year of infancy), 33 % des femmes interrogées expriment un mal être psychologique souvent lié à des relations difficiles avec leur conjoint. [4]

- Difficultés face aux modifications de l'image corporelle (prise de poids, vergetures, séquelles dermatologiques, ptose des seins, oedèmes des membres inférieurs,...).

- Difficultés d'ordre organisationnel (ménage, besoins des aînés,...).
 - Le manque de sommeil est l'une des préoccupations importantes des nouvelles mères. Ces difficultés sont encore plus importantes en cas de présence d'aînés. Ce manque de sommeil engendre directement un manque d'énergie et une sensation de fatigue. [2]

[5]

Les difficultés maternelles au retour à domicile sont en réalité un phénomène complexe dans lequel entrent en jeu la parité, le mode d'accouchement, l'appréciation portée sur l'accouchement, la qualité de l'accompagnement prodigué... [6]

Une étude de Razuel et al. parue en 2010 « comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance en post-partum » révèle que « six semaines après l'accouchement, plusieurs femmes parlent encore d'un mal-être qu'elles caractérisent comme étant du baby blues. Néanmoins les femmes ne font pas appel à des professionnels pour en parler. » [7]

II. L'accompagnement au retour à domicile après l'accouchement

Le plan périnatalité 2005-2007 ne traitait pas spécifiquement du besoin d'améliorer la prise en charge post-natale des femmes. Cependant, ce besoin a été exprimé dans le cadre de l'évaluation de celui-ci par les sages-femmes, les services de PMI et une proportion significative des femmes elles-mêmes, cette étape pouvant être vécue difficilement par ces dernières, sur de nombreux plans, physique, psychologique ou matériel. [5]

Jusqu'à présent, aucun moment d'information des femmes par rapport à l'accompagnement en post-partum et l'organisation du retour à domicile n'est réellement prévu.

Cependant, la HAS rappelait, en 2004, que la sortie de la maternité et son organisation doivent être anticipées en anténatal car la durée du séjour en maternité est trop courte.

Les recommandations professionnelles de la HAS en Mars 2014 précisent que chaque femme enceinte et/ou couple doit recevoir, au cours du 3^e trimestre de grossesse et avant la naissance, des informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement et un document écrit reprenant ces informations doit être proposé. Les informations doivent tenir compte des spécificités propres à chaque service et des ressources disponibles au niveau local après la sortie : modes de prise en charge possibles en précisant leurs avantages et contraintes, modalités d'accès aux soins et professionnels pouvant être contactés et le rôle et les coordonnées des associations d'usagers. [8]

1. Le retour à domicile

- Le séjour à la maternité

En France comme dans de nombreux pays, la durée du séjour à la maternité a largement diminué ces dernières années. Alors qu'au début des années 1980, la plupart des femmes étaient hospitalisées entre cinq et huit jours en cas d'accouchement par voie basse, la durée moyenne de séjour était en 2008 de 1,8 jours au Royaume-Uni, de 2,3 jours en Suède et de 3,3 jours en Allemagne, en Finlande et en Norvège. En France, cette durée moyenne est passée de 5,3 à 4,3 jours entre 1997 et 2010. [5] En 1981, 55 % des femmes avaient séjourné de sept à neuf jours en maternité après leur accouchement, alors qu'en 2010, elles étaient 61 % à y avoir séjourné trois ou quatre jours.

Selon une étude de B. Coulm et B. Bondel parue en 2013 sur la durée du séjour en maternité en France, en 2010, la durée moyenne de séjour après un accouchement par voie basse était de $3,95 \pm 0,99$ jours (médiane quatre jours). [9]

D'après la HAS, la durée maximale d'hospitalisation recommandée pour la naissance d'un singleton, à terme, eutrope et en l'absence de complications pour la mère est de 96 heures après un accouchement voie basse et 120 heures après un accouchement par césarienne.

La notion de sortie de maternité dans des conditions optimales repose sur plusieurs concepts :

- Intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon les indications médicales) ;
- Délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque de complications pour l'enfant ;
- Maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistages néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- Utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseau. [8]

D'après une étude de la direction de la recherche, des études, des évaluations et

des statistiques (DREES), une femme sur 5 juge la préparation à la sortie de la maternité insatisfaisante. Environ 15 % des mères jugeaient les conseils médicaux prodigués durant le séjour insuffisants et 35 % déploraient avoir été mal informées sur les troubles qu'elles pouvaient rencontrer dans le post-partum et mal préparées à la sortie. [10]

Une étude du collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), publiée en novembre 2012, « sortie de maternité et bien être des femmes » a montré que 38 % des femmes auraient préféré rentrer chez elles plus tôt après l'accouchement mais en contre partie elle a également fait ressortir qu'une femme sur six (et une femme sur quatre césarisées) se sont senties désemparées ou angoissées dans les premiers jours à la maison. Ces femmes disent ne pas avoir reçu le soutien dont elles avaient besoin, surtout sur le plan psychologique (54%). [6]

Une autre étude de la DRESS de 2006 (Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement), a montré que trois quarts des patientes sont satisfaites de la durée du séjour en maternité, 21 % trouvent celle-ci trop longue et seulement 7 % la trouvent trop courte. [11]

- Le retour précoce à domicile

La sortie précoce de la maternité est définie par un retour à domicile dans les 72 heures suivant un accouchement par voie basse et dans les 96 heures en cas d'accouchement par césarienne.

Les conditions pour accepter une sortie précoce de la maternité ont été clairement définies par la HAS. En effet les patientes et nouveaux-nés doivent répondre à la définition du bas risque social, médical et psychique :

- La mère et/ou le couple ont donné leur accord
- Absence de situations de vulnérabilité psychique (instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience

mentale, etc), sociale (mineure, précarité, logement non adéquat,...), de conduites addictives sévères.

- Soutien familial et/ou social
 - Absence de pathologie chronique mal équilibrée
 - Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou traitement médical continu
 - Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat
 - Absence d'infection évolutive (ou signes d'infection) ; de signes thrombo-emboliques
 - Interactions mère-enfant satisfaisantes
-
- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe
 - Apgar ≥ 7 à 5 minutes
 - Examen clinique normal le jour de la sortie, pas d'hyperthermie
 - Alimentation établie, mictions et émissions de selles spontanées, perte de poids < 8 % du poids de naissance
 - Absence d'ictère ayant nécessité photothérapie, absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection
 - Vitamine K1 donnée, dépistages néonataux organisés
 - Suivi post-partum organisé

D'après une étude de Ventitelli F. et al. de 2005 (sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France), la sortie précoce (≤ 3 jours après accouchement voie basse, ≤ 5 jours après une césarienne) était de 7 % en 2002. Elle est plus fréquente dans les maternités de niveau II ou III, de plus de 1500 à 2500 accouchements par an, dans les maternités urbaines et en Île-de-France. Les femmes en bénéficiant étaient le plus souvent multipares, sans pathologie de grossesse, accouchant à terme, sans hémorragie de la délivrance. [12]

D'après une étude de Coulm et Blondel de 2013 (durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France), les séjours de 3 jours ou moins concernaient 29 % des femmes avec des variations régionales notables. Ils étaient plus

fréquents chez les femmes multipares n'allaitant pas leur enfant. [9]

On note donc une progression importante de la proportion des femmes bénéficiant du retour précoce à domicile.

En 2008, une méta-analyse de la Cochrane a été effectuée, évaluant l'impact de la sortie précoce de maternité chez les patientes et les nouveaux-nés. Aucune association significative n'a été retrouvée entre la sortie précoce et la probabilité de réhospitalisation des mères et des nouveaux-nés ; ni d'associations avec la survenue d'une dépression du post-partum. (Bien que les essais ne possèdent pas d'outils d'évaluation valides). Il n'a pas été retrouvé de différence significative de la fréquence de l'allaitement maternel à 8 semaines et 6 mois du post-partum. [8]

2. Les éléments de surveillance de la mère et du nouveau-né dans le cadre du suivi post-natal

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé de mars 2014 :

- Paramètres de surveillance de la mère

- Risque hémorragique
- Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite,...
- Surveillance des signes fonctionnels d'hypertension artérielle/pré-éclampsie
- Risque thrombo-embolique
- Troubles urinaires/digestifs
- Cicatrisation (périnée, césarienne)
- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby-blues », dépression, etc.
- Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunies, etc.
- Douleur

- Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole,...) et injections immunoglobulines si nécessaire
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Accompagnement et information sur la contraception
- Evaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Evaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage,...)

- Paramètres de surveillance du nouveau-né

- Risque d'ictère : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin
- Dépistage des cardiopathies : auscultation cardiaque et palpation des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation, urines, selles spontanées et régulières
- Risque infectieux : température, fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact
- Supplémentation en vitamines D et, si allaitement maternel, en vitamine K.

3. Les différentes modalités d'accompagnement

D'après une étude de B. Coulm et B. Bondel parue en 2013 sur la durée du séjour en maternité en France, en 2010, seul 10,9 % des établissements proposaient en routine un accompagnement à domicile après la sortie. [9]

Lorsqu'il est organisé, cet accompagnement est essentiellement assuré par une sage-femme libérale (cité par 72 % des maternités), une sage-femme de la PMI (cité par six établissements sur dix) ou une puéricultrice de la PMI (cité par neuf établissements sur dix). D'après les établissements, cette prise en charge concerne un petit nombre de

femmes, sans qu'on puisse savoir si elle est effective (par exemple avec prise d'un rendez-vous) ou théorique (proposition d'une liste de professionnels).[5]

- Protection maternelle et infantile (PMI)

Selon les ressources du département, les sages-femmes de PMI peuvent se rendre au domicile ou assurer des consultations dans les centres de PMI après la sortie de maternité.

Dans le Puy de Dôme, une visite à domicile d'une puéricultrice de PMI est organisée systématiquement pour les primipares et est proposée aux multipares. Ces visites permettent d'accompagner les mères dans la prise en charge globale de leur enfant (soins de puériculture, allaitement, sommeil et rythme d'éveil,..). Elles permettent également d'apprécier la prise de poids du bébé, l'absence de complications (ictère, infection,...).

Si une situation de vulnérabilité est constatée, les puéricultrices organisent des visites supplémentaires à domicile ou au centre de PMI.

Ces visites peuvent s'articuler avec l'intervention d'autres professionnels (sages-femmes, médecins,... ou assistantes sociales qui peuvent aider à la mise en place d'aide à domicile)

- Programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO)

Il s'agit d'un programme mis en place en 2012 par l'assurance maladie afin de répondre aux demandes des patientes suite à la diminution des durées d'hospitalisation ces dernières années. Un des principaux enjeux de ce programme est d'optimiser et de renforcer le suivi lors du retour à domicile.

Les critères d'éligibilité à ce programme sont les suivants :

- patiente de plus de 18 ans sans complication ni co-morbidité
- naissance d'un enfant unique
- accouchement par voie basse

- nouveau-né à terme dont le poids est en rapport avec l'âge gestationnel et ne présentant pas de problèmes d'alimentation

Depuis la publication des dernières recommandations de la HAS en Mars 2014, le service PRADO maternité peut être proposé aux patientes ayant accouché par césarienne sans complication.

Si la patiente est éligible à ce programme, elle rencontre une conseillère de l'assurance maladie lors de son séjour en maternité qui lui propose le dispositif.

Si la patiente le souhaite et que l'hospitalisation en maternité n'est plus nécessaire, cette conseillère s'occupe de faire le lien entre la maternité et la sage-femme libérale et de prendre le premier rendez-vous.

Deux visites à domicile sont actuellement prévues. La première a lieu dans les 48 heures suivant la sortie de la maternité et la seconde 48 à 72 heures après.

Le contenu des visites consiste à :

- Réaliser une évaluation clinique de la mère et du nouveau-né
- Évaluer la relation mère-enfant
- Évaluer la nécessité d'un soutien à l'allaitement maternel

Si aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau né, les visites de la sage-femme sont arrêtées. [13 ;14]

Les principales difficultés par rapport à ce programme sont liées au fait que :

- Beaucoup de patientes ne sont pas connues par la sage-femme libérale avant ce suivi ce qui entraîne une moindre satisfaction de leur travail. (en effet, il s'agit entre autre d'un travail de réassurance qui est beaucoup plus efficace lorsqu'un climat de confiance est établi auparavant).
- L'absence fréquente de transmission médicale de la part de l'hôpital. [15]

- Sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales proposent un suivi à la sortie de la maternité qui peut être à domicile ou en cabinet.

Les parents prennent alors contact avec cette sage-femme par eux-même. Ce suivi peut également être suggéré par l'équipe de la maternité, notamment si la patiente ne répond pas aux critères d'éligibilité du PRADO. [5]

Deux séances de suivi post-natal peuvent également être réalisées par une sage-femme entre le 8^{ème} jour suivant l'accouchement et la visite post-natale. Il s'agit d'entretiens individuels réalisés au cabinet ou à domicile et comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de difficultés décelées chez les parents pendant la grossesse ou suite à l'accouchement ou à la demande de ceux-ci. [8]

- RPDA(retour précoce à domicile après accouchement)

En cas de sortie précoce de la maternité après l'accouchement, un suivi à domicile est systématiquement organisé.

Une première visite a lieu dans les 24 heures suivant la sortie. Une deuxième visite est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel en charge du suivi, de même pour la troisième visite qui est recommandée et pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

Ce suivi peut être réalisé par une sage-femme libérale, une sage-femme de PMI, un médecin, de préférence choisi au préalable par la patiente.

Les paramètres de surveillance pour la mère et pour l'enfant sont les mêmes que lors d'une sortie après une durée de séjour standard.

Cependant, la surveillance est renforcée en ce qui concerne :

- Le risque d'ictère néonatal : surveillance de la coloration et mesure si besoin de la bilirubine transcutanée (reporté sur les courbes de référence et dans le carnet de santé)
- Surveillance de la courbe de poids

- Surveillance de la mise en place de l'allaitement maternel (en cas de sortie précoce, la montée de lait n'est pas forcément totalement terminée ; il est nécessaire de vérifier l'absence d'engorgement, la bonne prise du sein du nouveau-né...)
- Réaliser les dépistages néonataux et assurer leur traçabilité [8]

Rappel sur les compétences des sages-femmes

La sage-femme exerce sous sa propre responsabilité. Elle pratique les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance des soins post-natals en ce qui concerne la mère et l'enfant. En cas de pathologie maternelle ou néonatale pendant les suites de couches, elle doit faire appel à un médecin mais peut réaliser les soins prescrits par celui-ci (articles L.4151-1 et L.4151-3 du code de la santé publique) [16]

-Associations

Associations de soutien à l'allaitement maternel :

La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) recense une liste des différentes associations d'usagers et professionnels actives.

Parmi d'autres :

- Les membres de la lecheleague assurent une permanence téléphonique, dispensent des informations en ligne à l'attention des parents et des professionnels, et organisent des réunions gratuites dans chaque département, animées par des bénévoles.
- L'association « Solidarilait », qui assure une écoute téléphonique 7 jours sur 7, et organise régulièrement des réunions de parents et futurs parents.
- L'association lact'écoute : association clermontoise de soutien à l'allaitement maternel composée de bénévoles, de professionnels de santé ou de femmes ayant allaité. Elle propose une permanence téléphonique et une après-midi mensuelle d'échange et d'information et une bibliothèque.

Associations de soutien à la parentalité

- L'association « Maman Blues » : Des usagers et professionnels animent des forums et des groupes de parole pour les mères et couples en difficulté afin de soutenir, écouter, conseiller voir orienter si besoin ces derniers. Il s'agit d'un site internet non médical de soutien, d'écoute et de conseils dans le cadre des difficultés maternelles.
- « Allo parents-bébé » est le premier numéro vert de soutien à la parentalité qui a pour mission d'écouter, de soutenir et d'orienter des parents inquiets vers les structures adaptées et les professionnels de santé et de la petite enfance de la grossesse jusqu'aux 3 ans de l'enfant.
- ...

L'absence de continuité des soins après la sortie peut entraîner une augmentation des complications maternelles et néonatales en cas de retour rapide au domicile, mais elle peut également avoir des conséquences négatives pour les nombreuses femmes qui ne bénéficient pas d'un soutien approprié à la maison, et cela quelle que soit leur durée de séjour. Il est donc important de pouvoir garantir à toutes les femmes un suivi à domicile par un professionnel de santé, adapté à leur situation, en assurant une continuité avec les soins donnés en maternité. Cela nécessite que les équipes des maternités et les services en ville se coordonnent de manière forte, comme c'est le cas dans les réseaux de soins de proximité. Un programme d'information des femmes sur les différentes modalités de prise en charge à la sortie de la maternité devrait également être mis en place. L'entretien précoce du quatrième mois, la préparation à la naissance et les consultations prénatales sont des occasions pour les professionnels de diffuser de manière large l'information auprès des futures mères. [9]

La conclusion de l'enquête nationale périnatale 2010 quand au retour à domicile évoque un sentiment de solitude des patientes à la sortie de la maternité.

Les mères parlent d'une période difficile et certaines regrettent de se retrouver

seules, sans beaucoup d'informations, ne sachant pas vers qui se tourner pour trouver de l'aide.

Il semble que des progrès ont été réalisés pour améliorer les conditions de sortie de la maternité mais la notion d'accompagnement est encore perfectible et le développement d'aides diversifiées et coordonnées est nécessaire.

La préparation à la naissance et à la parentalité réalisée en anténatal appréhende cette période post-natale et donne aux patientes des pistes sur l'organisation en post-partum, les besoins du nouveau-né, l'allaitement maternel,...[17]

L'étude Razurel et al de 2010 précise que les femmes ont du mal à mobiliser les notions qu'elles ont eu lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Elle relève un écart entre théorie et pratique. Par ailleurs les motivations des femmes pour suivre les cours de PNP sont essentiellement orientées vers l'accouchement et les notions touchant au post-partum n'ont pas retenu leur attention à ce moment-là. [7]

Un accompagnement de qualité est donc nécessaire pendant cette période post-natale. En effet, selon cette même étude, les femmes révèlent la nécessité d'être accompagnées et guidées et déplorent le manque de structures post-partum à long terme. [7]

III. La situation à l'étranger

1. Hors Union Européenne

- Au Canada

Au Canada, la durée du séjour hospitalier suivant l'accouchement a également largement diminué d'une part du fait des contraintes budgétaires et d'autre part à la demande des patientes. Suite aux recommandations de la société canadienne de Pédiatrie et de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada, des programmes de prise en charge des femmes ont été mis en place, afin que la diminution de la durée

du séjour hospitalier n'entraîne pas une dégradation de l'état de santé des mères et des nouveau-nés. [8]

Ont donc été mis en place :

- Des visites à domiciles par les sages-femmes dans la plupart des états avec comme organisation théorique des visites aux premier, deuxième et cinquième jours après la sortie de la maternité.
- La mise en place de « breastfeeding clinics ». Ces centres proposent une aide et un soutien à l'allaitement maternel en apportant des conseils aux patientes, en formant des groupes de femmes allaitant pouvant partager leurs expériences et en mettant à leur disposition des professionnels qualifiés. [18]

Quand les visites à domicile sont réalisées, plusieurs études ont montré que les femmes se sentaient aussi bien voire mieux que les patientes qui sont restées hospitalisées plus longtemps sans suivi à domicile. [18]

- Maghreb musulman

Pendant les quarante premiers jours qui suivent l'accouchement, la vie domestique est prise en charge par la communauté des femmes, selon un rythme bien défini : la première semaine c'est la mère de l'accouchée qui vient la soulager, puis ses sœurs et tantes, puis les femmes du voisinage.

Les soins des 40 premiers jours sont toujours gratuits, il est essentiel pour la communauté que la femme qui vient de mettre au monde un bébé soit aidée, entourée, soignée, dorlotée,... ce sont des soins sacrés.

Il y a toujours une femme avec elle qui a connaissance de l'allaitement et de l'emballotement. Outre l'aide matérielle, ces femmes prennent soin du bébé pour permettre à la femme de se reposer au mieux.

Il est interdit de manger un plat préparé par une accouchée jusqu'au quarantième jour : on y voit l'affirmation pour la communauté qu'une nouvelle accouchée ne doit pas s'épuiser aux tâches domestiques. [19]

2. En Union Européenne

- Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les soins aux femmes enceintes sont divisés en trois groupes :

- Niveau 1 : Grossesse à bas risque suivie par une sage-femme, la patiente peut alors accoucher à domicile si elle le désire.
- Niveau 2 : Présence d'antécédents médicaux particuliers ou complication de la grossesse : celle-ci est alors suivie par un obstétricien
- Niveau 3 : correspond à la prise en charge hospitalière, dans un hôpital disposant d'un service de néonatalogie.

Ainsi 30 % des accouchements aux Pays-Bas sont réalisés à domicile. La question des durées de séjour en maternité ne fait donc pas réellement débat.

En l'absence de complications, la prise en charge standard consiste en 5 à 6 visites à domicile d'une sage-femme dans les 10 à 12 jours suivant l'accouchement ainsi que la présence d'une « kraamverzorgster » (littéralement « aide de couche » ou « assistante maternelle ») 6 heures par jours les 8 premiers jours qui a pour mission d'apporter des conseils à la mère en ce qui concerne l'allaitement, les soins au nouveau-né, et une aide par rapport aux tâches ménagères. [8]

L'organisation permet l'arrivée de l'enfant sans ruptures, ni rupture de lieu, ni rupture " d'ambiance " : il n'y a pas de contraste entre le séjour en milieu hospitalier pendant lequel la compétence médicale se déploie sans relâche et le retour au domicile qui laisse souvent aux femmes un sentiment d'abandon profond. [20]

Selon une étude de Wieggers en 2004, 81 % des femmes étaient satisfaites de leur prise en charge en post-partum. [8]

- Royaume-Uni

Au Royaume-uni, la durée de séjour à la maternité après la naissance d'un premier enfant est de 2 jours et 1 jour et demi pour les multipares.

Le suivi post-natal est très bien organisé :

- 98 % des femmes reçoivent la visite d'une sage-femme à domicile.
- En moyenne chaque patiente (qu'elle soit primipare ou multipare) reçoit 3 visites de la sage-femme. Les primipares sont cependant suivies sur une plus longue durée (14 jours) que les multipares (10 jours).
- La plupart des patientes trouve le nombre de visites suffisant. [21]

***Matériel et
méthode***

Matériel et méthode

I. Les objectifs de l'étude

1. Objectif principal :

Évaluer la satisfaction des besoins et des attentes des mères bénéficiant d'un accompagnement lors du retour à domicile après une grossesse physiologique et un accouchement sans complication au CHU Estaing (Clermont-Ferrand) ou au CH Emile Roux (Le Puy en Velay).

2. Objectifs secondaires :

- Cibler les besoins et les attentes des patientes à la sortie de la maternité selon la parité, la présence du compagnon et d'un entourage familial, amical.
- Évaluer l'information sur l'accompagnement après la sortie de la maternité délivrée pendant la grossesse, pendant le séjour en suite de couche.
- Évaluer si des difficultés sont encore présentes après le suivi à domicile.

II. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'observation descriptive de type transversale.

III. Durée de l'étude

Le recrutement des patientes a été réalisé du 1^{er} août 2014 au 10 novembre 2014. Le recueil des données s'est échelonné du 1^{er} septembre 2014 au 10 décembre 2014.

IV. Lieux de l'étude

L'étude est réalisée au sein du CHU Estaing, Clermont Ferrand ainsi que du CH Emile Roux, Le Puy en Velay.

V. Population cible

La population cible est l'ensemble des patientes bénéficiant d'un accompagnement au retour à domicile à la sortie d'hospitalisation en maternité.

VI. Population source

La population source est l'ensemble des patientes ayant accouché au CHU Estaing, Clermont- Ferrand ou au CH Emile Roux, Le Puy en Velay et ayant bénéficié d'un accompagnement au retour à domicile à leur sortie de la maternité.

VII. Critères de sélection des sujets

1. Critères d'inclusion

- Patientes ayant accouché au CHU Estaing, Clermont-Ferrand ou au CH Émile Roux, Le Puy en Velay.

-Patientes ayant bénéficié d'un accompagnement à domicile (PRADO, Sage-femme libérale, sortie précoce, PMI).

- Patientes ayant eu une grossesse physiologique et accouchement par voie basse ou par césarienne sans complications. (Je privilégie la physiologie afin de montrer l'aspect préventif de l'accompagnement au retour à domicile).

2. Critères d'exclusion

- Patientes ne parlant et/ou ne comprenant pas (ou mal) la langue française

- Patientes ayant accouché d'un enfant mort-né ou décès néonatal

- Patientes dont le nouveau-né est hospitalisé

- Patientes ne possédant pas d'adresse électronique

VIII. Recueil des données

1. Les variables recueillies

- Renseignements généraux : origine, parité, âge maternel, présence d'un compagnon, situation psycho-sociale (source de revenu, entourage).

- Suivi de la grossesse et intervenants :

- professionnel(s) ayant suivi la grossesse : sage-femme libérale, sage-femme hospitalière, obstétricien, médecin généraliste
- informations reçues pendant la grossesse : séances de préparation à la naissance et à la parentalité, anticipation du suivi post-natal pendant la grossesse.

- L'accouchement : le mode d'accouchement, le vécu de l'accouchement

- Séjour en maternité :

- mode d'allaitement
- satisfaction par rapport à la durée de l'hospitalisation
- ressenti sur les conseils reçus et la préparation au retour à domicile, information reçue sur l'accompagnement post-natal pendant le séjour.

- Retour à domicile

- Type de suivi (PRADO, sage-femme libérale, sortie précoce, PMI)

- Difficultés rencontrées lors du retour à domicile :

- plan physique : fatigue, troubles du sommeil, sexualité, douleurs, modifications corporelles
- plan émotionnel : inquiétude, découragement, perte de confiance, baby-blues, manque d'estime de soi, manque de confiance, isolement, conflit avec le conjoint
- plan organisationnel : tâches ménagères, besoins du bébé, prise en charge du ou des aînés,

- prise en charge du nouveau-né : pleurs et rythme de vie du nouveau-né ; alimentation du nouveau-né ; santé du bébé : coliques, perte de poids, température ; soins du nouveau-né : change, bain, soin du cordon ;
- Nombre et durée des visites, leur ont-elles paru suffisantes ?
 - Visites à domicile, au cabinet, entretiens téléphoniques : est-ce que ces modalités leur ont paru adapté ?
 - La sage-femme assurant le suivi était-elle connue pendant la grossesse ?
 - Actes effectués ou thèmes abordés lors des visites : surveillance du poids du nouveau-né, de l'ictère, conseils pour les soins, par rapport à l'environnement du bébé, surveillance médicale maternelle, soutien à l'allaitement, soutien psychologique.
 - Cet accompagnement a-t-il permis de surmonter certaines difficultés ?
 - Recours à d'autres sources d'informations (internet, famille, associations, magazines,...) et pour quelles raisons ?
 - Émergence de nouvelles difficultés après les visites de la sage-femme ? De quel type ? Quels moyens pour y faire face ? (nouveau contact avec la sage-femme, internet, autre professionnel de santé, famille, amis, associations,...).

2. Le mode de recueil des données

Les patientes sont rencontrées une première fois durant leur séjour en suite de couche. Ce premier contact permet de recueillir leur consentement à participer à l'étude ainsi que leur adresse électronique. Ces patientes seront ensuite sollicitées par e-mail un mois après leur accouchement pour répondre au questionnaire « google docs » en ligne « Etude sur l'accompagnement au retour à domicile après une naissance ». Deux relances par e-mail sont effectuées à 6 jours d'intervalles. (Vous pourrez consulter en

annexes une version « papier » du questionnaire).

VIII. Informatisation

1. Le codage des données

- Variable binaire : codage 0 ou 1
- Variable ordinale : codage des différentes classes : 1,2 3,4...
- Variable nominale : codage des différentes possibilités : 1,2,3,....
- Pour les questions où plusieurs réponses peuvent être choisies, chaque possibilité de réponse est transformée en variable binaire codée 0 ou 1.

2. La saisie des données

La saisie des données se fait en partie automatiquement grâce au logiciel « google drive ». Les données sont collectées dans un document de type tableur. Elles sont ensuite reportées dans un document « LibreOffice Calc® » afin de réaliser le codage.

IX. L'analyse des données

1. Les groupes comparés

Les principaux groupes comparés sont :

- Primipares vs multipares
- Accompagnements PRADO – hors PRADO – PMI.

2. Les tests statistiques utilisés

Les tests utilisés sont : - le Khi² de Pearson

- Le Test de Fisher

- Le Test de Student (test de comparaison des moyennes)

3. Le logiciel d'analyse utilisé

Les logiciels utilisés sont :

- Logiciel « LibreOffice Calc ® »
- Logiciel « R ® ».

X. Budget

Impression des lettres d'information et des formulaires de consentement : 30 €.

Impression du mémoire en cinq exemplaires avec reliure : 65 €

Achat d'un CD-rom vierge pour graver version numérique du mémoire : 8 €

XI. Aspect éthique et réglementaire

Une demande d'autorisation de réalisation de l'étude a été signée par les cadres supérieures et chefs de service de suite de couche du CHU Estaing et du CH Emile Roux.

Lors du premier contact avec les patientes en suite de couche, elles ont été informées du sujet de cette étude ainsi que ses principaux objectifs. Une lettre d'information leur a été remise, reprenant par écrit ces différents points ainsi que les modalités de participation.

Après avoir reçu ces informations, et si elles acceptent de participer, elles remplissent un formulaire de consentement réalisé en deux exemplaires.

XII. Calendrier

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout
Master 1	Présentation du protocole de recherche Elaboration du questionnaire	Mise au point du questionnaire Rédaction de la première partie « revue de littérature » et de la deuxième partie « matériel et méthode »						Recrutement des patientes pour l'étude

	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril
Master 2	Recrutement des patientes pour l'étude				Analyse des données rédaction de la partie « résultat »			Rendu du mémoire
	Recueil des données					Rédaction de la partie discussion et du résumé Mise en page Relecture Impression du mémoire		

Résultats

Résultats

200 patientes ont été recrutées en post-partum sur les deux hôpitaux retenus pour l'étude (CHU Estaing et CH Emile Roux). Elles ont chacune reçu le questionnaire par mail dans le délai de un mois. 153 d'entre elles ont répondu à ce dernier (soit un taux de réponse de 76,5%). Ces patientes ont accouché pour 61 (40%) d'entre-elles au CH Emile Roux et pour 92 (60%) au CHU Estaing.

I. Description de la population

1. L'âge des patientes

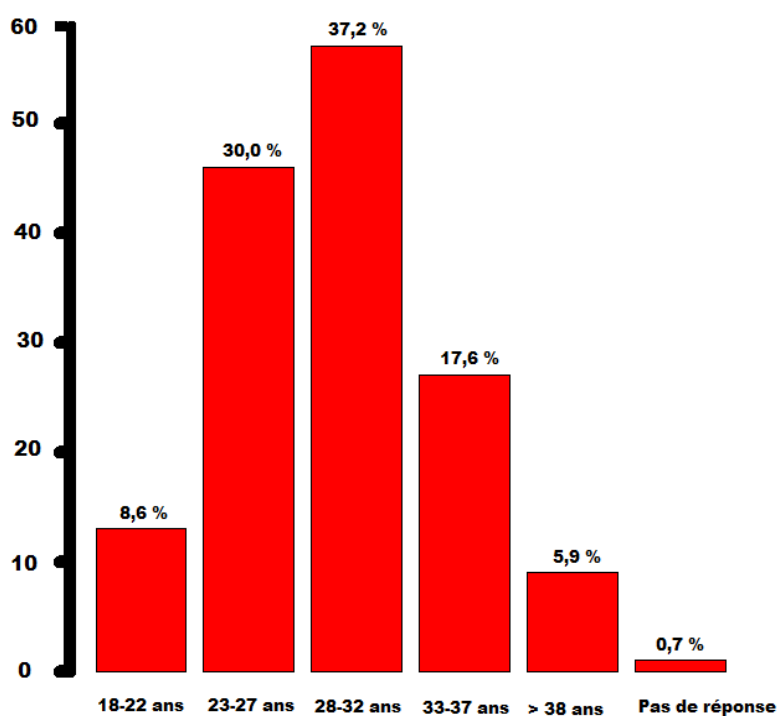


Figure 1 : Répartition de l'âge des patientes interrogées (n =153)

2. Contexte socio-économique et psycho-social

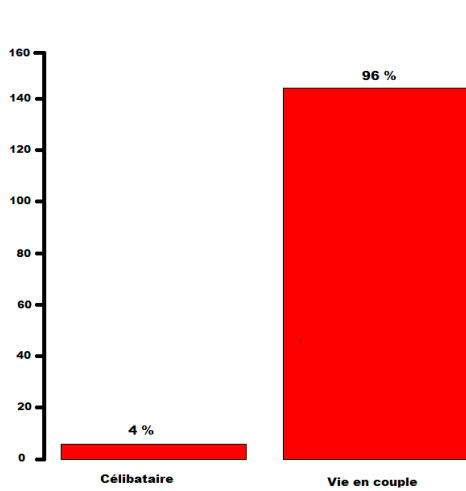


Figure 2 : Situation maritale (n=153)

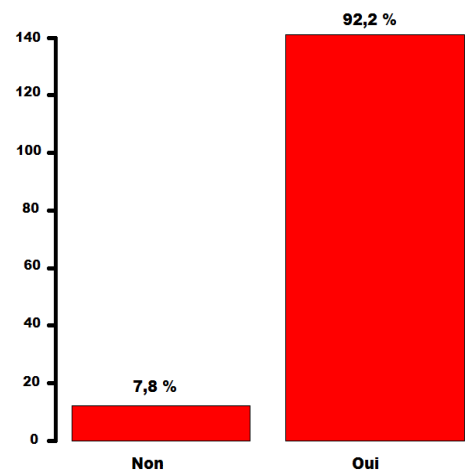


Figure 3 : Présence d'un entourage familial et/ou amical proche (n=153)

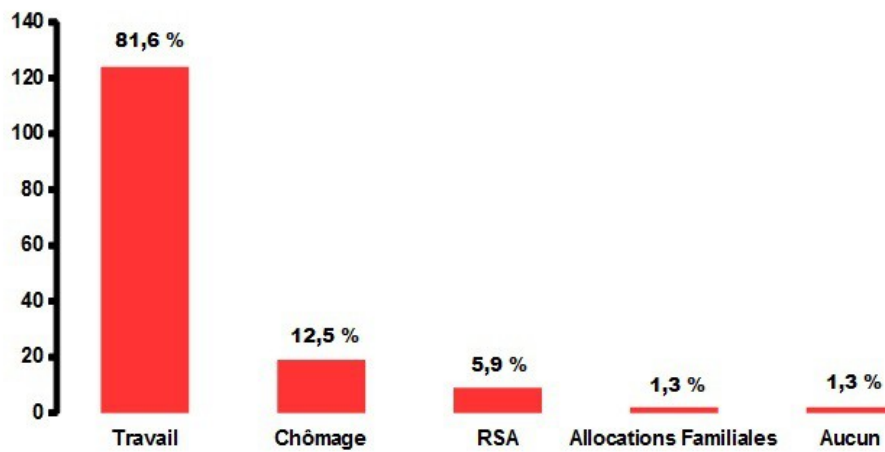


Figure 4 : Sources de revenu (n=152)

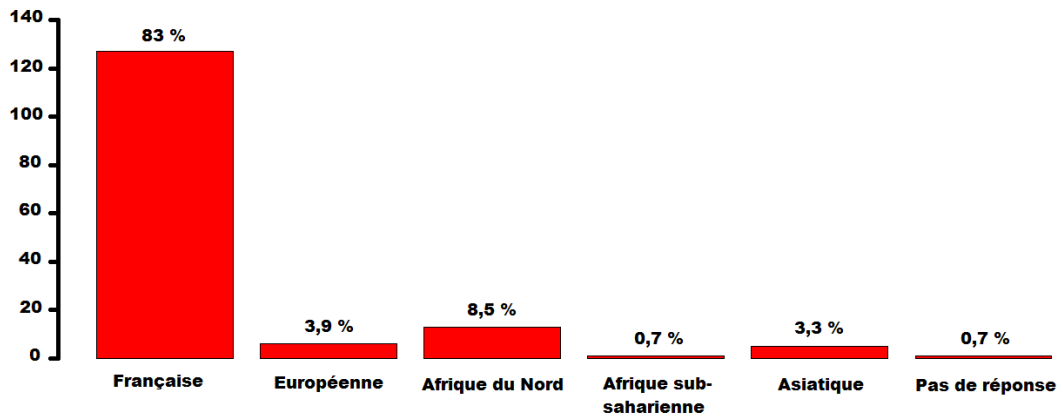


Figure 5 : Origine géographique des patientes interrogées (n = 153)

3. Parité

- 64,7 % des patientes interrogées sont des primipares.
- 35,3 % des patientes interrogées sont des multipares.

II. Le suivi de la grossesse

1. Professionnels ayant suivi la grossesse

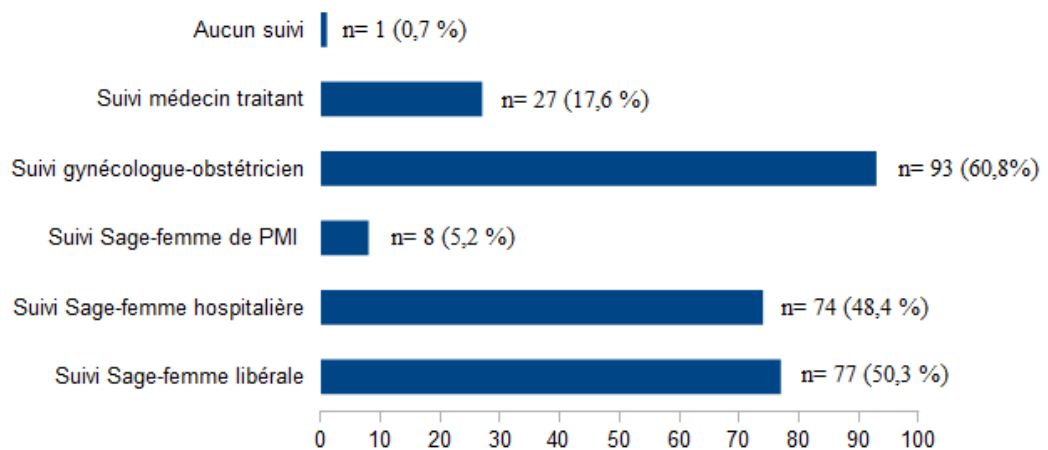


Figure 6 : Professionnels ayant suivi la grossesse (n= 153)

2. Préparation à la naissance et à la parentalité

63,6 % des patientes interrogées ont suivi des cours de préparation à l'accouchement

Suivi des cours de préparation à l'accouchement selon la parité :

multipares 34,6 % pnp (n=18)

primipares 78,8 % pnp (n=78)

$p = 2,198e-7$ (statistiquement significatif : test du Chi²)

Parmi les patientes ayant suivi une préparation à la naissance et à la parentalité, 76 % ont trouvé que cela a été une aide lors du retour à domicile.

III. L'accouchement

1. Déroulement de l'accouchement

19,7 % des patientes ont eu un déclenchement artificiel du travail.

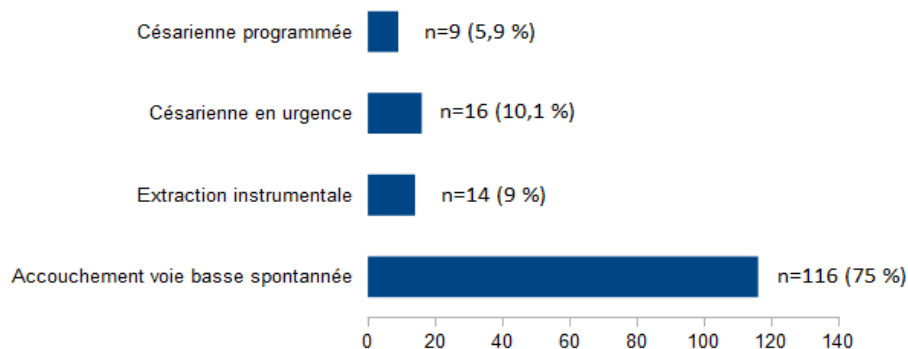


Figure 7 : Mode d'accouchement (n=152)

2. Vécu de l'accouchement

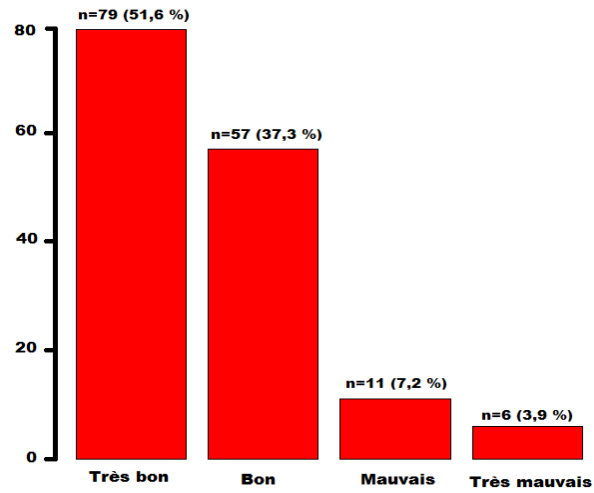


Figure 8 : Vécu de l'accouchement (n=153)

IV. Le séjour en maternité

1. Type d'allaitement

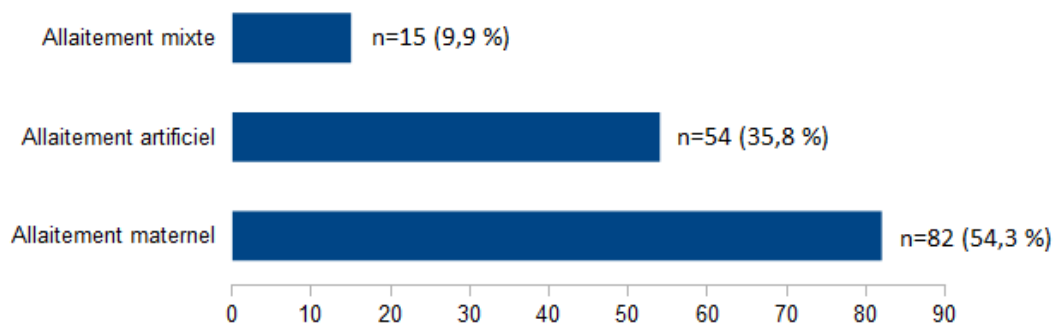


Figure 9 : Type d'allaitement (n=151)

2. Conseils et informations reçus pendant le séjour

Concernant la mère

Globalement, 86,8 % des patientes étaient satisfaites des conseils et informations données pendant le séjour en ce qui les concernait.

Satisfaction des patientes en fonction de la parité :

Primipares : 82,8 % satisfaites (n=82)

Multipares : 90,7 % satisfaites (n=49)

p value : 0,3059 (différence non statistiquement significative) : test de Fischer

Concernant l'enfant

Globalement, 83,7 % des patientes étaient satisfaites des conseils et informations données pendant le séjour en ce qui concernait leur enfant.

Satisfaction des patientes en fonction de la parité :

Primipares : 80,8 % satisfaites (n=80)

Multipares : 88,9 % satisfaites (n=38)

pvalue : 0,5166 (différence non statistiquement significative : test de Fischer)

3. Durée du séjour en maternité et ressenti des patientes

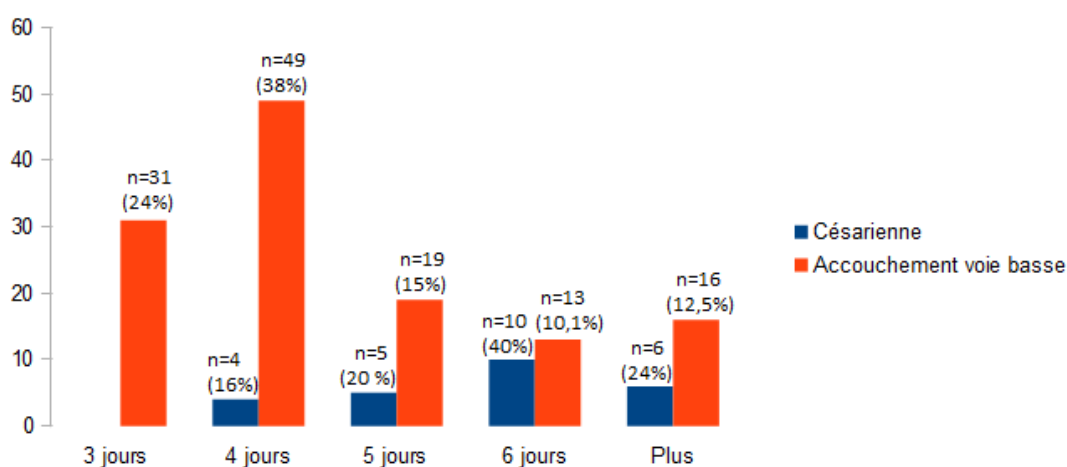


Figure 10 : Durée du séjour en maternité en fonction de la voie d'accouchement (n=153)

Durée moyenne du séjour 4,68 jours

Primipares : 4,94 jours

Multipares : 4,22 jours

D'après le test de comparaison des moyennes (Test de Student), la moyenne de durée du séjour est statistiquement différente entre le groupe des primipares et celui des multipares (pvalue = 0,0014).

Accouchement voie basse : 4,48 jours

Césarienne : 5,72 jours

D'après le test de comparaison des moyennes (test de Student), la moyenne de durée du séjour en maternité est statistiquement différente en fonction de la voie d'accouchement (pvalue = $4,74 \times 10^{-6}$)

24 % (n=31) des patientes ayant accouché par voie basse ont bénéficié d'un retour précoce à domicile (défini par une durée de séjour ≤ 3 jours).

Satisfaction par rapport à la durée du séjour

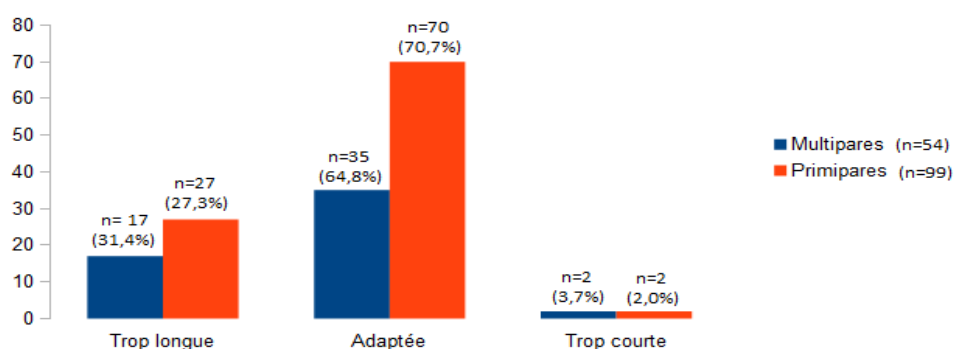


Figure 11 : Ressenti des patientes par rapport à la durée du séjour (n=153)

Pas de différence statistiquement significative entre multipares et primipares par rapport au ressenti sur la durée de séjour : pvalue = 0,6546 (test de Fischer)

IV. Le retour à domicile

1. Le vécu du retour à domicile

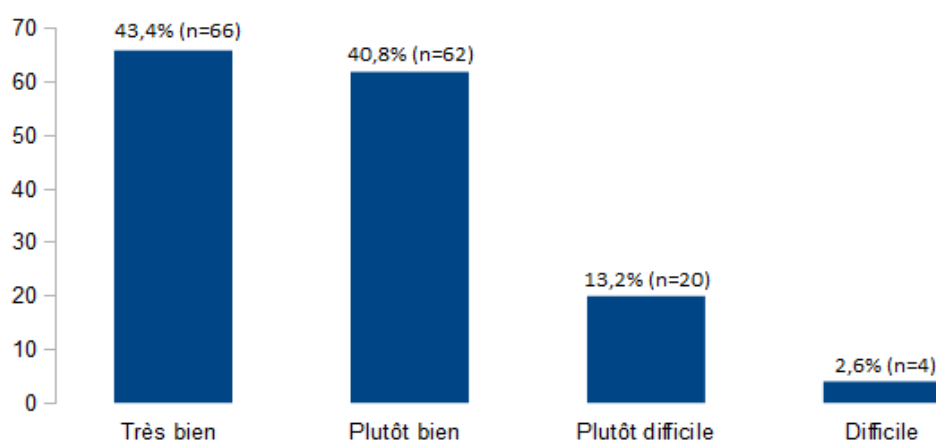


Figure 12 : Le vécu du retour à domicile (n=152)

Pour 84,2 % des patientes, le retour à domicile s'est très bien ou plutôt bien passé.

2. Difficultés au retour à domicile

Les difficultés sur le plan physique

Tableau I : Difficultés sur le plan physique au retour à domicile en fonction de la parité (n=153)

	Primipares %	Multipares %	Pvalue	Test
Fatigue	84,85%	79,63%	0,5511	Khi ²
Troubles du sommeil	73,74%	85,19%	0,1554	Khi ²
Sexualité	17,35%	5,56%	0,0459	Fisher
Douleurs	49,49%	49,06%	1,0000	Khi ²
Modifications corporelles	29,59%	33,33%	0,7685	Khi ²
Allaitement maternel	3,03%	5,56%	0,6661	Fisher
Aucune difficulté	5,05%	3,70%	1,0000	Fisher

Tableau II : Difficultés sur le plan physique au retour à domicile en fonction de la durée du séjour (n=153)

	Séjour ≤ 3 jours %	Séjour > 3 jours %	Pvalue	Test
Fatigue	80,65%	83,61%	0,9011	Khi ²
Troubles du sommeil	26,23%	6,45%	0,0337	Fisher
Sexualité	13,11%	12,90%	0,9643	Fisher
Douleurs	46,28%	61,29%	0,1970	Khi ²
Modifications corporelles	29,75%	35,48%	0,6904	Khi ²
Allaitement maternel	3,28%	6,90%	0,6017	Fisher
Aucune difficulté	4,92%	3,23%	0,9899	Fisher

Les difficultés sur le plan émotionnel

Tableau III : Difficultés sur le plan émotionnel au retour à domicile en fonction de la parité (n=153)

	Primipares %	Multipares %	Pvalue	Test
Découragement	20,62%	9,26%	0,0718	Khi ²
Perte de confiance	37,11%	12,96%	0,0016	Khi ²
Inquiétudes	21,21%	48,15%	0,0007	Khi ²
Baby Blues	29,90%	16,67%	0,0726	Khi ²
Dépression	1,85%	3,09%	0,9012	Fisher
Manque d'estime de soi	7,41%	7,22%	0,9990	Fisher
Isolement	7,41%	7,22%	0,9990	Fisher
Conflit avec le conjoint	7,41%	18,56%	0,1719	Fisher
Aucune difficulté	48,15%	21,65%	0,0034	Khi ²

Tableau IV : Difficultés sur le plan émotionnel au retour à domicile en fonction de la durée de séjour (n=153)

	Séjour ≤ 3 jours %	Séjour > 3 jours %	Pvalue	Test
Découragement	18,33%	9,68%	0,2477	Fisher
Perte de confiance	30,83%	19,35%	0,2066	Khi ²
Inquiétudes	30,83%	32,26%	0,8795	Khi ²
Baby blues	25,00%	25,81%	0,9787	Khi ²
Dépression	3,33%	0,00%	0,3030	Fisher
Manque d'estime de soi	30,83%	19,35%	0,2404	Khi ²
Isolement	6,67%	9,68%	0,5651	Fisher
Conflit avec le conjoint	14,17%	16,13%	0,7828	Khi ²
Aucune difficulté	30,83%	32,26%	0,8795	Khi ²

Les difficultés sur le plan organisationnel

Tableau V : Difficultés sur le plan organisationnel au retour à domicile en fonction de la parité (n=153)

	Primipares %	Multipares %	Pvalue	Test
Taches ménagères	56,70%	40,74%	0,1707	Khi ²
Besoins du bébé	32,99%	14,81%	0,0528	Khi ²
Prise en charge du ou des aînés	3,09%	51,85%	0,0001	Khi ²
Aucune difficulté	27,84%	33,33%	0,7784	Khi ²

Tableau VI : Difficultés sur le plan organisationnel au retour à domicile en fonction de la durée de séjour (n=153)

	Séjour ≤ 3 jours %	Séjour > 3 jours %	Pvalue	Test
Taches ménagères	53,33%	41,94%	0,2577	Khi ²
Besoins du bébé	25,00%	32,26%	0,4144	Khi ²
Prise en charge du ou des aînés	14,17%	38,71%	0,0020	Khi ²
Aucune difficulté	30,00%	29,03%	0,9128	Khi ²

Les difficultés par rapport à la prise en charge du nouveau-né

Tableau VII : Difficultés par rapport à la prise en charge du nouveau-né au retour à domicile en fonction de la parité (n=153)

	Primipares %	Multipares %	Pvalue	Test
Rythme de vie	63,64%	35,19%	0,0014	Khi ²
Alimentation	28,28%	18,52%	0,2542	Khi ²
Perte de poids	8,08%	10,53%	0,5654	Fisher
Température	6,06%	1,85%	0,4223	Fisher
Soins : bain, change, soin du cordon,...	6,06%	7,41%	0,7426	Fisher
Aucune difficulté	24,24%	46,30%	0,0089	Khi ²

Tableau VIII : Difficultés par rapport à la prise en charge du nouveau-né au retour à domicile en fonction de la durée de séjour (n=153)

	Séjour ≤ 3 jours %	Séjour > 3 jours %	Pvalue	Test
Pleurs et Rythme de vie	58,06%	52,46%	0,7210	Khi ²
Alimentation	12,90%	27,87%	0,6876	Fisher
Perte de poids	0,00%	11,48%	0,0742	Fisher
Température	0,00%	5,74%	0,3456	Fisher
Soins : bain, change, soin du cordon,...	6,45%	6,56%	1	Fisher
Aucune difficulté	41,94%	29,51%	0,2676	Khi ²

3. L'accompagnement au retour à domicile

L'information reçue par rapport à l'accompagnement au retour à domicile

- 73,9 % des patientes ont reçu une information sur la possibilité de cet accompagnement au cours de leur grossesse.
- 93,5 % des patientes ont reçu cette information au cours de leur séjour en suite de couche.

Type d'accompagnement

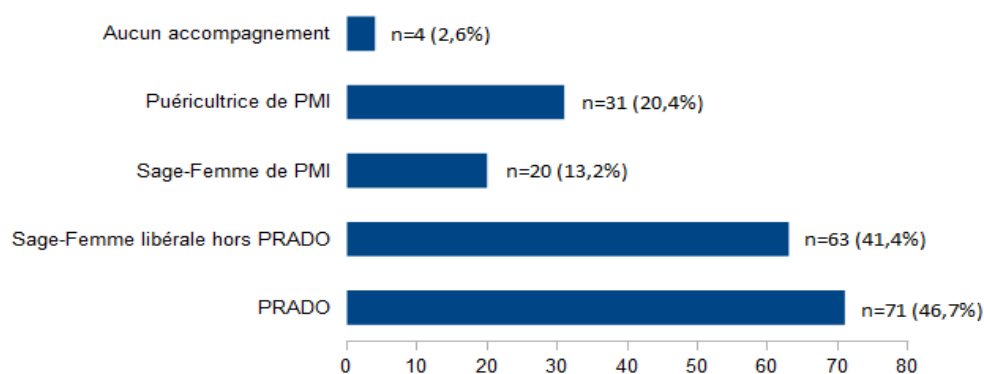


Figure 13 :Type d'accompagnement au retour à domicile (n=152)

Lorsque le retour à domicile était accompagné par une sage-femme, pour 56,7 % des patientes interrogées, celle-ci était déjà connue avant la mise en place de l'accompagnement.

Nombre de visites

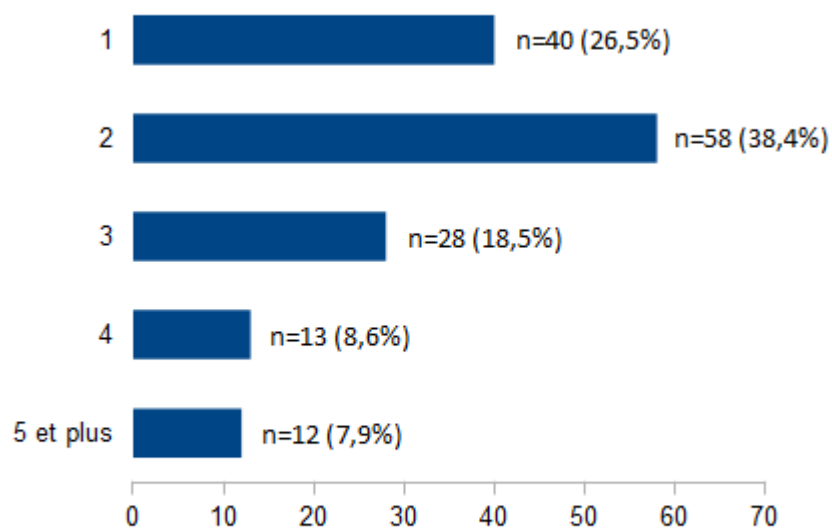


Figure 14 : Nombre de visites dans le cadre de l'accompagnement au retour à domicile (n=151)

Ressenti des patientes par rapport au nombre de visites

Pour 83,4 % des patientes, le nombre de visites dans le cadre de l'accompagnement au retour à domicile était suffisant.

Durée des visites

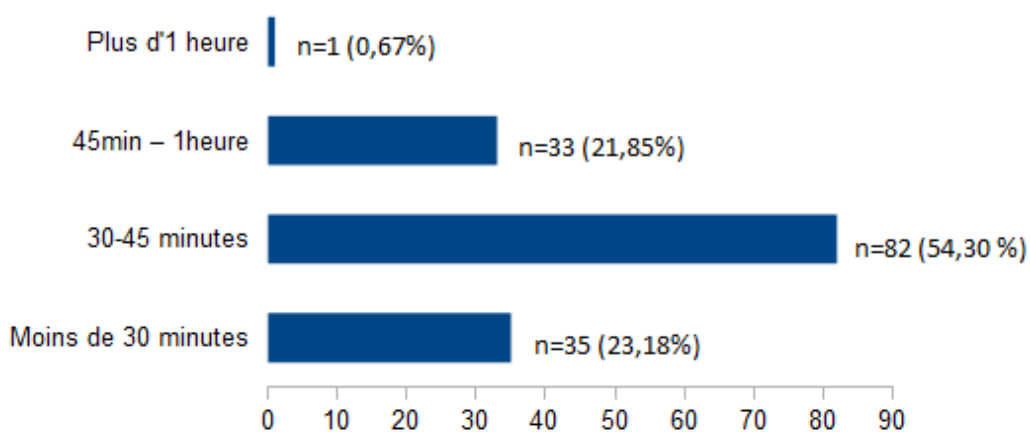


Figure 15 : Durée des visites (n=151)

Ressenti des patientes par rapport à la durée des visites

Pour 94 % des patientes, la durée des visites était suffisante.

Type de contact

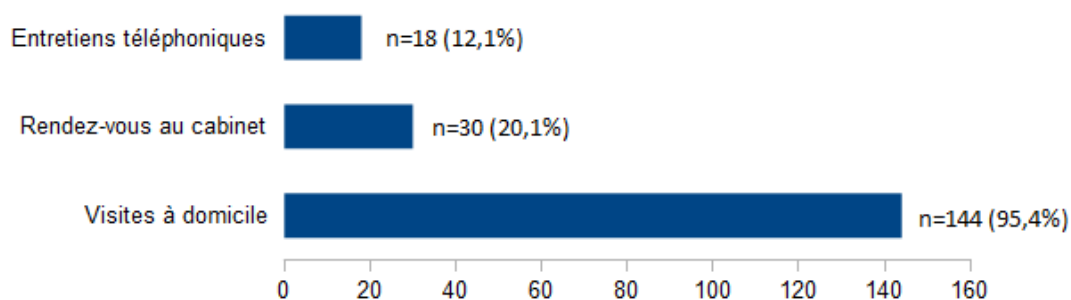


Figure 16 : Type de contact (n=149)

98 % des patientes interrogées ont trouvé le type de contact adapté à leurs besoins.

Les actes effectués lors de l'accompagnement au retour à domicile

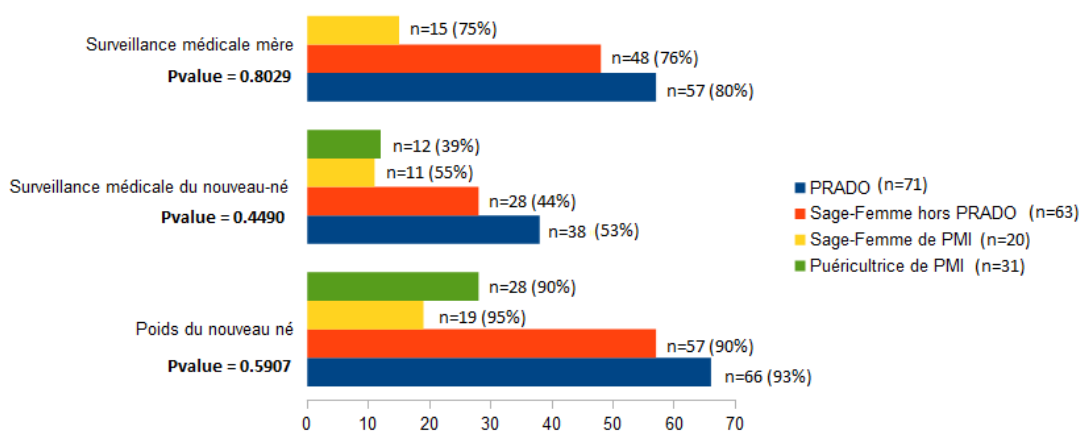


Figure 17 : Actes effectués lors de l'accompagnement

D'après le test du χ^2 de Pearson, il n'y a pas de différence statistiquement significative des actes effectués en fonction des types d'accompagnement.

Les thèmes abordés lors de l'accompagnement au retour à domicile

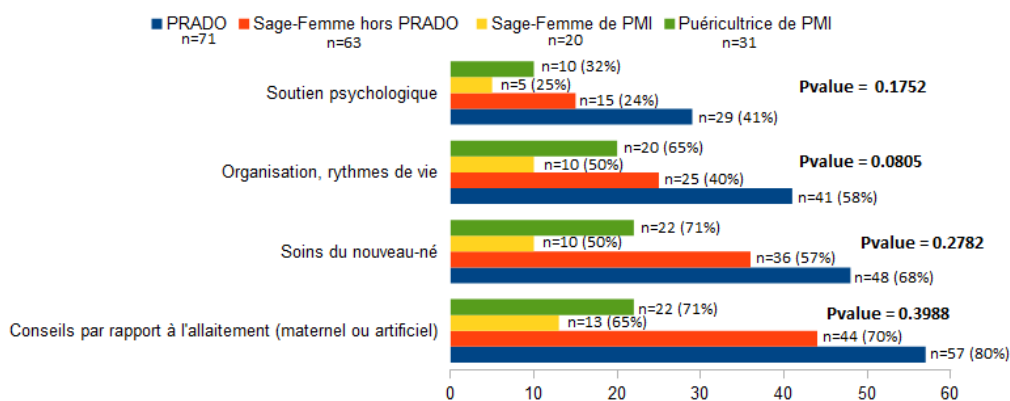


Figure 18 : Thèmes abordés lors des visites

D'après le test du χ^2 de Pearson, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les thèmes abordés en fonction du type d'accompagnement au retour à domicile.

Cet accompagnement a-t-il permis aux patientes interrogées de répondre à leurs besoins ?

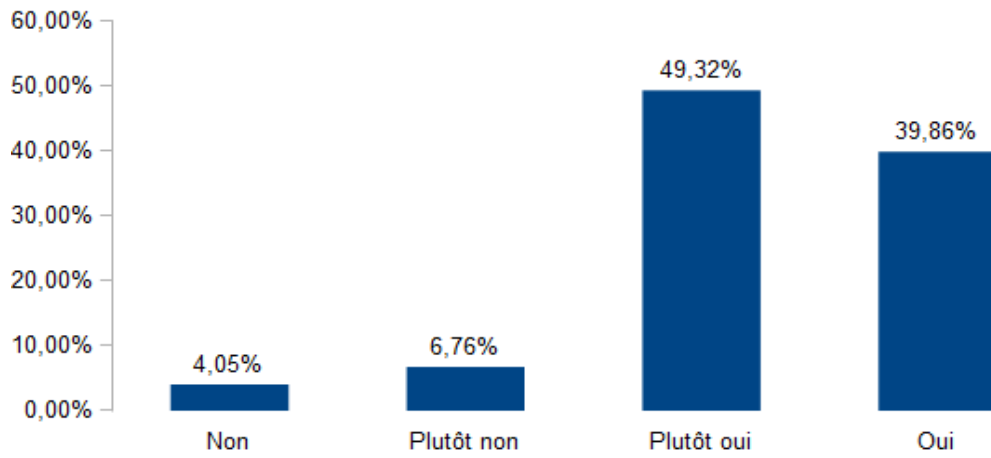


Figure 19 : Aide apportée par l'accompagnement

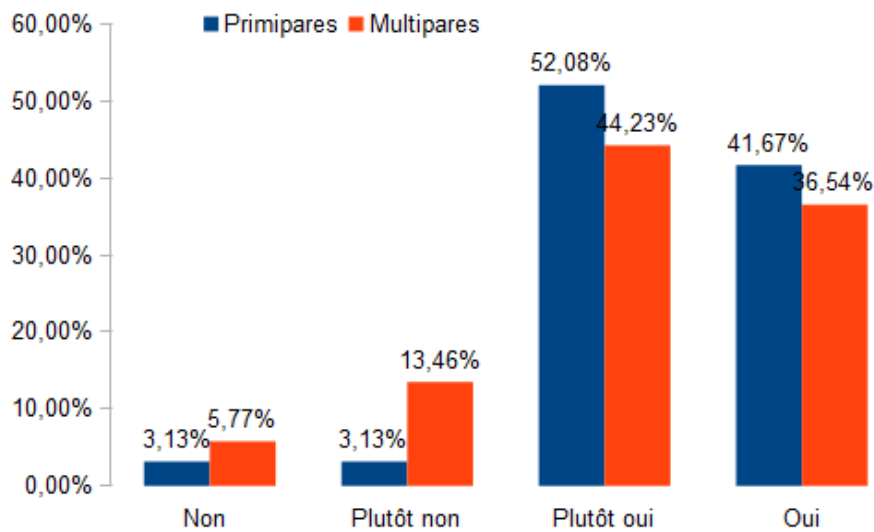


Figure 20 : Aide apportée par l'accompagnement en fonction de la parité

D'après le test de Fisher, la différence d'aide apportée n'est pas statistiquement significative en fonction de la parité des patientes interrogées (pvalue = 0,1611).

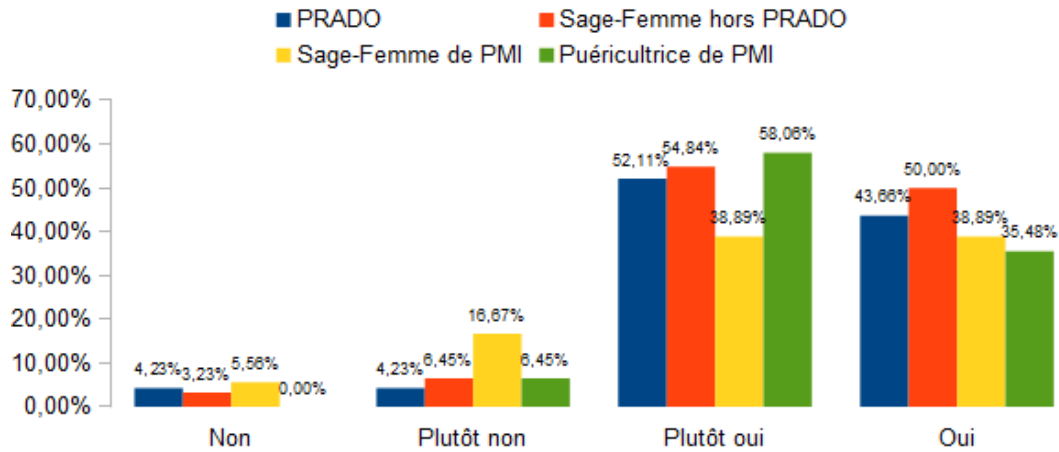


Figure 21 : Aide apportée en fonction du type d'accompagnement

D'après le test de Fisher, la différence d'aide apportée n'est pas statistiquement significative en fonction du type d'accompagnement au retour à domicile (pvalue = 0,7165).

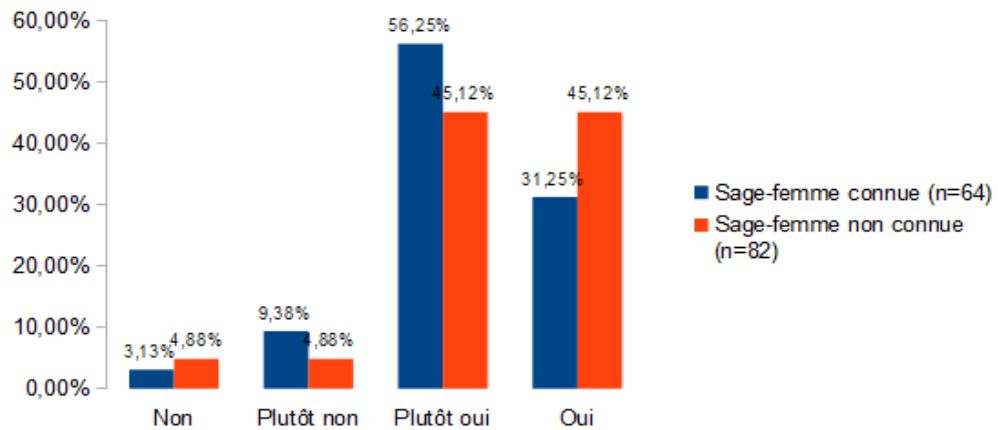


Figure 22 : Aide apportée et sage-femme connue ou non avant l'accouchement

D'après le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative de l'aide apportée par l'accompagnement entre les patientes qui connaissaient la sage-femme auparavant et celle qui ne la connaissaient pas (pvalue = 0,4071).

Recours à d'autres sources d'information

61,5 % des patientes interrogées (n=93) ont eu recours à d'autres sources d'information/ d'aide lors de leur retour à domicile. Parmi ces patientes, la plupart ont eu recours à internet, leur famille ou leurs amis. (Cf Figure 23) En effet les patientes n'ont souvent pas recontacté la sage-femme après les visites dans le cadre de l'accompagnement au retour à domicile. (Cf Figure 24)

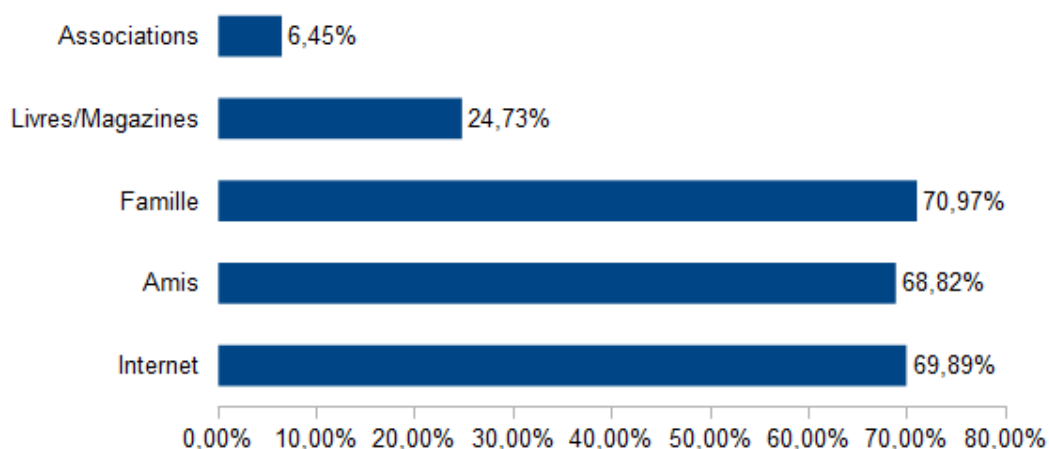


Figure 23 : Autres sources d'informations

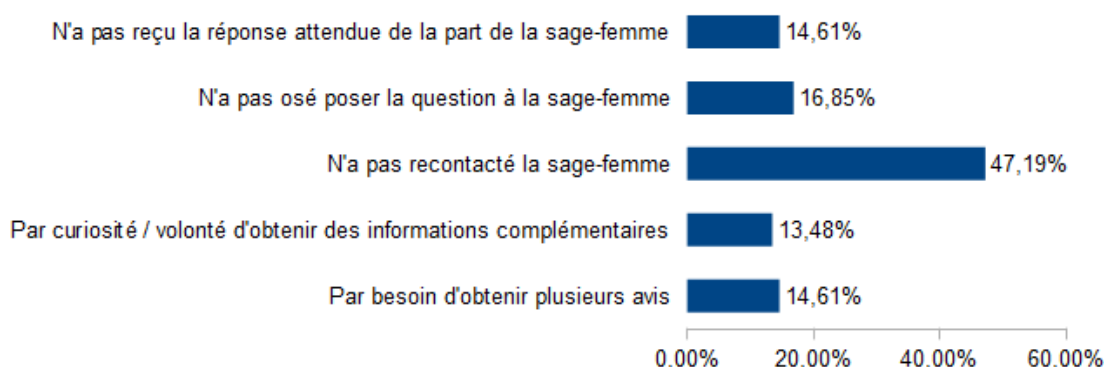


Figure 24 : Pour quelles raisons les patientes ont-elles eu recours à ces autres sources d'informations ?

4. Les difficultés survenues après l'accompagnement au retour à domicile

Difficultés après l'accompagnement au retour à domicile : 43 % des patientes interrogées (n=65)

- Primipares : 51 %
- Multipares : 28 %

D'après le test du Khi², les primipares ont significativement connu plus de difficultés après l'accompagnement au retour à domicile que les multipares (pvalue = 0,01)

Type de difficultés rencontrées

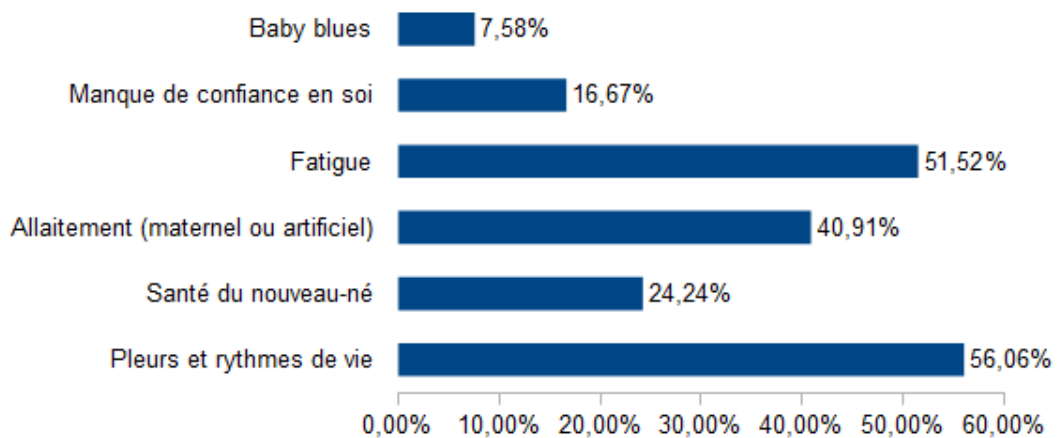


Figure 25 : Type de difficultés rencontrées après l'accompagnement au retour à domicile

Les moyens pour faire face à ces difficultés

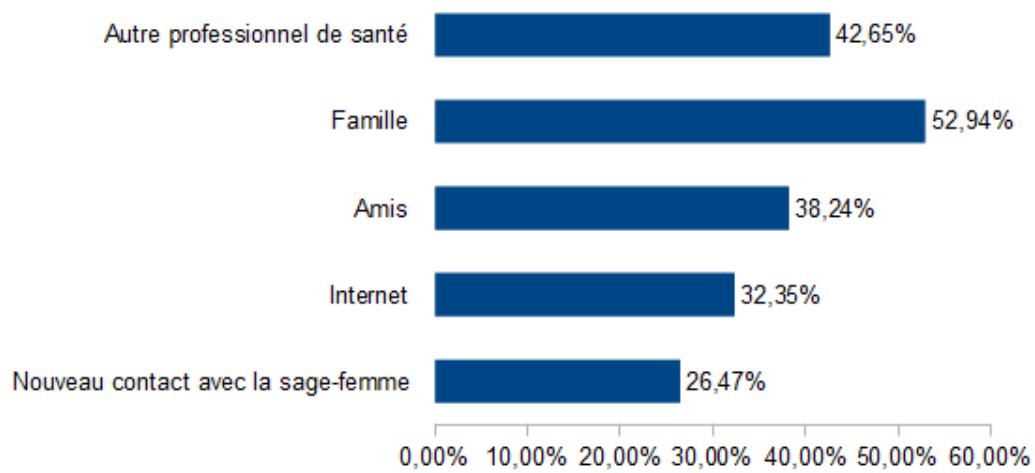


Figure 26 : Les moyens employés pour faire face à ces nouvelles difficultés

V. Les remarques

En fin de questionnaire, les patientes avaient la possibilité de laisser un commentaire par rapport à leur ressenti suite à cet accompagnement.

Les principales remarques des patientes étaient que cet accompagnement a été pour elles : « indispensable », « rassurant », « d'une aide précieuse », « un soutien indispensable et précieux », « d'une grande aide ».

Un certains nombre de patientes ont exprimé à ce moment-là la nécessité d'un accompagnement plus prolongé : « En complément de la visite à domicile de la sage-femme, il faudrait aussi pouvoir la contacter par téléphone pendant peut-être un mois après l'accouchement », « J'aurai souhaité que la sage femme propose une seconde visite 15 jours après le retour à la maison pour faire un petit bilan sur l'évolution de bébé et du moral de la maman », « Il me semble qu'une autre visite aurait été judicieuse au moins 5 jours après où j'aurai pu voir si mon bébé avait pris du poids, où en était la cicatrisation des points (car la douleur est venue plus tard) et j'aurais eu beaucoup plus de questions concernant, tant mon état que celle du bébé », « Le suivi devrait durer plus longtemps ».

Discussion

Discussion

I. Les forces et faiblesses de l'étude

1. Les points forts

Tout d'abord, alors que le séjour en maternité tend à devenir de plus en plus bref, la question de l'accompagnement au retour à domicile est un sujet pleinement d'actualité.

Le recueil des données a été effectué au moyen d'un questionnaire, ce qui a permis d'obtenir un nombre de réponses conséquent (153) et ainsi une représentativité plus correcte par rapport à la population générale.

Le fait d'avoir envoyé le questionnaire aux patientes recrutées dans un délai de un mois leur a permis d'avoir un recul suffisant par rapport à leur accouchement, leur séjour en maternité, l'accompagnement proposé au retour à domicile ainsi que de constater les difficultés qui peuvent persister plus tardivement.

2. Les points faibles

Tout d'abord, le fait d'avoir choisi d'interroger les patientes par le biais d'un questionnaire laisse peu de place à l'individualité de chacune et limite certainement la richesse des informations qui auraient pu être recueilli par le biais de l'entretien.

Ensuite, il est difficile de faire une comparaison correcte entre les différents types d'accompagnement au retour à domicile car le PRADO et les sages-femmes libérales sont beaucoup plus représentés que la PMI. De plus, seules 31 patientes ont bénéficié d'un retour précoce à domicile (3 jours) et il n'y a pas eu de séjours inférieurs à 3 jours.

Enfin, ont été exclues de l'étude les patientes ne parlant pas très bien le Français, ce qui crée un biais de sélection et rend l'échantillon moins représentatif par rapport à la population générale. En effet, il s'agit très souvent de patientes isolées sur le plan social qui trouve certainement un bénéfice à un accompagnement de type PMI au retour à

domicile. J'ai également exclu, du fait de la méthode de recueil des données, les patientes ne possédant pas d'adresse électronique. Ceci peut également constituer un biais de sélection, en considérant que ces patientes-là peuvent globalement être plus défavoriser sur le plan socio-économique et donc avoir des attentes un peu différentes par rapport à l'accompagnement proposé.

II. Les données générales

1. Le taux de réponse au questionnaire

Le fait que le questionnaire ait été d'une part envoyé par e-mail (et non donné en main propre) et tardivement (un mois après le premier contact en suite de couche) a peu impacté le taux de réponse (76,5%).

2. La population

La tranche d'âge la plus représentée chez les patientes interrogées était celle des 28-32 ans (37,5%). Ceci est en accord avec les données de l'INSEE, en effet en 2010, l'âge moyen à l'accouchement était de 30 ans quel que soit le rang de naissance. [22]

La plupart des patientes vivait en couple et avait un entourage familial et/ou amical proche. De plus 82 % occupaient un emploi. Ceci correspond aux enquêtes Emploi de l'INSEE de 2011 qui retrouvaient également un taux de 82 % de femmes âgées de 25 à 34 ans occupant un emploi.

Le contexte psycho-social et socio-économique était donc plutôt favorable pour la population étudiée.

III. La grossesse

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ont été suivis par 78,8 % des primipares et 34,6 % des multipares. Ce qui reste globalement en accord avec les résultats de l'enquête nationale de périnatalité de 2010 (73,2 % des primipares et 28,5 % des multipares). [23]

Information par rapport à l'accompagnement au retour à domicile

En 2004, la HAS rappelait que l'organisation de la sortie de maternité devait être anticipée au moment de la grossesse. Cet élément est donc en progression puisque cette étude montre que 73,9 % des patientes ont reçu pendant la grossesse une information sur la possibilité d'un accompagnement au retour à domicile.

IV. L'accouchement

Dans la population étudiée, 75 % des patientes ont accouché par voie basse spontanée, 9 % ont du avoir recours à une extraction instrumentale et 16 % ont eu une césarienne. L'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 avait montré un taux d'accouchement par voie basse plus faible (66,9%). [23] Ceci s'explique par le fait que dans cette étude nous avons choisi d'inclure uniquement les patientes dont les suites de couche étaient physiologiques, les patientes ayant eu une césarienne étant plus à risque de complications en post-partum.

Le taux de déclenchement du travail est de 19,7 % dans la population de l'étude ce qui est en accord avec les données de l'ENP 2010 (22,7%). [23]

Le vécu de l'accouchement

Une étude de la CIANE de 2012 (Respect des souhaits et vécu de l'accouchement) a montré que le vécu de l'accouchement est en grande partie lié au respect des choix et des demandes des patientes, en effet 90 % des patientes dont les souhaits ont été respectés ont plutôt bien ou très bien vécu leur accouchement tandis que 70 % des patientes dont les souhaits n'ont pas été respectés ont plutôt mal ou très mal vécu leur accouchement. [24]

D'après notre étude, 89 % des patientes ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement. Ce résultat est donc en accord avec cette étude de la CIANE.

V. Le séjour en maternité

1. La durée du séjour

La durée moyenne du séjour en maternité est dans l'échantillon étudié de 4,68 jours (4,48 jours en cas d'accouchement par voie basse et 5,22 jours en cas de césarienne).

D'après l'ENP de 2010, la durée moyenne du séjour en France était en 2010 de 4,4 jours (4 jours pour les accouchement par voie basse). [23]

Les données recueillies sont donc légèrement supérieures à celle de l'enquête nationale, certainement liées à un échantillon beaucoup plus réduit et au fait que l'étude était réalisée au niveau local sur 2 maternités de la région.

D'après une étude de la DRESS de 2006 (Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement), trois quarts des patientes étaient satisfaites de la durée du séjour en maternité, 21 % l'ont trouvé trop longue et 7 % trop courte. L'étude réalisée est globalement en accord puisque 70 % des patientes ont trouvé la durée d'hospitalisation adaptée, 27 % trop longue et 3 % trop courte.

2. L'allaitement

D'après l'ENP de 2010, 60,2 % des patientes avaient fait le choix de l'allaitement maternel, 8,5 % l'allaitement mixte et 31,3 % l'allaitement artificiel. [23] Ces chiffres sont globalement en accord avec les données de cette étude (respectivement 54,3 %, 9,9 % et 35,8%).

3. Les informations reçues pendant le séjour en maternité

Une large majorité des patientes interrogées étaient satisfaites des conseils et informations reçus durant leur séjour en maternité (88,6 % en ce qui les concernait et 83,7 % en ce qui concernait le nouveau-né). Ce résultat va à l'encontre de l'étude de la DRESS de 2006 (Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement.) de laquelle ressortait que 15 à 35 % des patientes n'étaient plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils reçus pendant leur séjour en suite de couche. [11]

VI. Le retour à domicile

1. Le vécu du retour à domicile

84,2 % des patientes ont très bien ou plutôt bien vécu leur retour à domicile. Bien que notre étude ait une moins bonne représentativité, on note une nette amélioration depuis l'enquête de la CIANE de 2012 qui relevait qu'une primipare sur six et une femme césarisée sur quatre disent s'être senties désemparées ou angoissées lors de leur retour à domicile. [6]

2. Les difficultés au retour à domicile

Seul 3 à 5 % des patientes n'ont ressenti aucune difficulté sur le plan physique au retour à domicile. La fatigue, le manque de sommeil, les douleurs et les modifications corporelles constituent les principales sources de difficulté. En ce qui concerne le plan émotionnel, les principales difficultés étaient les inquiétudes, le manque de confiance en soi et le baby-blues. Ces données rejoignent celles d' une étude déjà réalisée à ce sujet dans le cadre d'un mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme (L'accompagnement à domicile après une première naissance : Les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ?). [25]

Sur le plan organisationnel, environ 30 % des patientes n'ont pas ressenti de difficultés. Pour les multipares, la gestion des aînés est la principale difficulté tandis que les primipares ont eu du mal à gérer l'entretien de la maison, et notamment les tâches ménagères.

Pour ce qui est de la prise en charge du nouveau-né, les primipares ont eu significativement plus de difficultés que les multipares.

Il est certain que la présence d'un entourage proche qui apporte du soutien sur les plans émotionnel, matériel et informationnel permet de diminuer l'effet du stress et les symptômes anxieux chez les jeunes mères. Ce soutien a des effets positifs sur le bien-être à la fois de la mère et de l'enfant. C'est ce qu'a montré une étude de Glazier et Al. menée sur 2052 femmes canadiennes. [26] Nous n'avons pas pu montrer ceci dans cette étude car l'effectif était trop faible, seul 7 % des patientes (n=10) ne se considéraient pas soutenues par leur entourage.

D'après l'étude de Razurel et Al, six semaines après l'accouchement, les principales difficultés citées par les patientes étaient : l'allaitement, l'organisation logistique, les pleurs de l'enfant. [7] D'après une autre étude de Hung CH. (Measuring post-partum stress), la fatigue, le manque de temps, l'alimentation du bébé étaient le plus fréquemment cités par les patientes. [27] On retrouve donc les mêmes difficultés prédominantes dans notre étude.

Seul 31 patientes (20%) ont eu une durée de séjour inférieure ou égale à 3 jours. On ne constate pas de différence significative dans la survenue de difficultés au retour à domicile avec les patientes étant restées plus de 3 jours en hospitalisation. Ceci est en accord avec une revue de littérature réalisée sur 28 études qui avaient analysé les effets d'une sortie précoce. Ces études n'avaient pas permis d'établir de différences entre les sorties précoces et non précoces notamment sur la fatigue maternelle, l'anxiété et la satisfaction maternelle. [28]

3. L'accompagnement au retour à domicile

L'information reçue par rapport à cet accompagnement

Pendant la grossesse, 73,9 % des patientes ont été informées de la possibilité de recevoir un accompagnement à la sortie de la maternité. Ceci répond aux recommandations de la HAS de Mars 2014 qui préconise d'anticiper en période anténatale l'organisation de la sortie de la maternité, notamment par une information au cours du troisième trimestre de grossesse. [8]

Le type d'accompagnement

On note une évolution récente de l'accompagnement au retour à domicile, notamment par la mise en place du PRADO depuis 2012 dont ont bénéficié 46,7 % des patientes interrogées. De plus, 41,4 % ont bénéficié d'un suivi par une sage-femme libérale (hors PRADO). 88,1 % des patientes ont donc reçu une aide de la part d'une sage-femme libérale lors de leur retour à domicile.

La PMI intervient pour 33,6 % des accompagnements. Il arrive donc fréquemment que l'accompagnement soit doublé entre les sages-femmes libérales et la PMI.

L'enquête périnatalité de 2010 montrait que 82 % des patientes obtenaient de l'aide de la part d'un professionnel de santé lors de leur retour à domicile. 35,3 % d'entre elles recevaient la visite d'une puéricultrice ou sage-femme de la PMI. Ce taux reste donc relativement stable depuis cette enquête. [29]

Cependant, toujours d'après l'enquête périnatale de 2010, seul 19,5 % des patientes recevaient de l'aide de la part de sages-femmes libérales à leur sortie de maternité. [29] On note donc une forte évolution de ce type d'accompagnement qui peut s'expliquer en partie par la mise en place du PRADO depuis 2012. On peut penser que la croissance démographique du nombre de sages-femmes libérales ces dernières années (23 sages-femmes libérales pour 100000 femmes en âge de procréer en 2011 contre 35 en 2015 [30]) a également permis le développement de cet accompagnement. En effet, le fait que plus de 50 % des femmes connaissent déjà une sage-femme libérale pendant leur grossesse nous laisse penser qu'elles se tourneront plus facilement vers elle pour un accompagnement au retour à domicile.

Les visites

Près de 40 % des patientes interrogées ont reçu deux visites dans le cadre de l'accompagnement au retour à domicile. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS de mars 2014 qui préconisent, dans le cadre d'une sortie après une durée de séjour standard, une première visite systématique dans les 48 heures suivant la sortie ; une seconde visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel. Des visites supplémentaires peuvent être justifiées par des éléments médicaux ou des besoins particuliers des couples. [8]

Le type de contact

95,4 % des patientes interrogées ont reçu les visites à domicile. Ceci répond également aux recommandations de la HAS qui signalent que le suivi post-natal à domicile est à privilégier. En effet, il permettrait de faciliter l'organisation des parents et d'évaluer plus facilement les besoins des familles pour ajuster au mieux le suivi. [8]

Les actes effectués

D'après l'argumentaire scientifique de la HAS de Mars 2014, l'objectif du suivi à domicile sur le versant maternel est de prévenir et de dépister les complications que l'on retrouve le plus souvent en post-partum (signes infectieux, accidents thrombo-emboliques, hypertension artérielle...). [8]

Selon la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, le but est de répondre aux principales demandes des patientes, c'est à dire :

- Donner des informations sur les transformations physiques qui interviennent dans les semaines suivant l'accouchement, sur la reprise d'une contraception,
- Donner des conseils pour se sentir mieux, contrôler la douleur, prévenir le mal de dos lié à une mauvaise position d'allaitement par exemple,
- Évoquer la possibilité de revenir sur le déroulement de l'accouchement ou d'exprimer ses difficultés (fatigue, doutes...) ou ses craintes. [5]

Cependant, dans notre étude, 20 à 25 % des patientes ne bénéficient pas d'une surveillance sur le plan médical lors de l'accompagnement au retour à domicile.

Sur le versant néonatal, l'objectif du suivi au retour à domicile est de :

- Dépister les pathologies néonatales fréquemment responsables de complications et de réhospitalisation (ictère, pathologies infectieuses, cardiopathies ducto-dépendantes non diagnostiquées auparavant...),
- S'assurer d'une alimentation efficace et, si c'est le cas, de la bonne instauration de l'allaitement maternel,
- S'assurer de la mise en place du lien mère-enfant. [8]

Dans notre étude, seul 40 à 55 % (selon le type de suivi) des patientes déclarent que le nouveau-né a bénéficié d'une surveillance médicale lors de l'accompagnement au retour à domicile.

On peut cependant émettre l'hypothèse d'un biais. En effet les patientes n'ont pas forcément noté que les professionnels ont jugé de la coloration de leur enfant en le voyant, si l'on prend l'exemple du dépistage de l'ictère néonatal.

Les thèmes abordés

Le thème le plus souvent abordé est l'accompagnement et les conseils en rapport avec l'allaitement maternel et/ou artificiel (dans environ 70 % des cas). Ceci fait partie des recommandations de la HAS de Mars 2014. [8] Dans la période postnatale à domicile, l'allaitement est l'événement majeur. Cet accompagnement est d'autant plus important pour les femmes allaitant, en effet dans l'étude de Razurel et Al. (Comment les mères primipares font-elles face aux événements du post-partum?), l'allaitement devient pour elles un indicateur d'être une « bonne mère » et « capable d'élever son enfant ». [7]

Seules 25 à 40 % des patientes interrogées disent avoir reçu un soutien psychologique de la part des professionnels rencontrés dans le cadre de cet accompagnement. Hors l'étude de Razurel et al., a montré que les femmes bénéficiant d'un soutien émotionnel et psychologique développent moins de symptômes anxieux et dépressifs trois semaines après l'accouchement. [7]

D'après l'enquête périnatalité de 2010, 26,9 % (soit 256 femmes) précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues. Plus d'une évoque son désarroi lors du retour au domicile. [29]

Les conseils par rapport aux soins du nouveau-né sont abordés dans 50 à 70 % des cas. Dans l'étude de Razurel et Al, les patientes considèrent que pour ce qui est des soins au nouveau-né (soins du cordons, bain, change,...), le soutien informatif est le plus satisfaisant. [7]

Environ 55 % des patientes reçoivent des informations concernant l'organisation et les rythmes de vie du nouveau-né. Il s'agit d'un élément important de l'accompagnement puisque dans l'étude de Razurel et Al., l'organisation logistique et les pleurs du nouveau-né font partie des trois principales difficultés des patientes six semaines après l'accouchement. [7]

L'accompagnement au retour à domicile permet-il de répondre aux attentes des patientes ?

Globalement, 89 % des patientes interrogées déclarent que cet accompagnement a permis de répondre (plutôt ou tout à fait) à leurs besoins et attentes dans cette période particulière du post-partum.

61,5 % des patientes ont eu recours à d'autres sources d'information lors de leur retour à domicile. Pour la plupart, elles ont demandé de l'aide à leur famille et/ou amis ou ont recherché des informations sur internet.

4. Après l'accompagnement...

43 % des patientes interrogées (et 51 % des primipares) ont été confrontées à de nouvelles difficultés après l'accompagnement au retour à domicile. Peu d'entre elles reprennent contact avec un sage-femme (26%). Elles pourraient cependant avoir accès aux séances de suivi post-natales (2 séances sont prises en charge par l'assurance maladie du 8ème jour après l'accouchement jusqu'à la visite post-natale). Elles sont indépendantes du suivi médical de la mère et de l'enfant. Toutefois, elles sont très peu pratiquées (1 % des actes). Ceci peut s'expliquer par le fait que leur tarification est 40 % inférieure à celle des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. [25]

VII. Perspectives, propositions

Nécessité d'un soutien matériel

Dans la période postnatale à domicile, les femmes mettent en évidence de grandes difficultés d'organisation notamment lorsque la famille (et plus spécifiquement la mère) n'est pas présente ou que le réseau social n'est pas perçu comme disponible ni adéquat. Il conviendrait de réfléchir à une structure de soutien matériel (aide ménagère par exemple), qui pourrait être à disposition des jeunes mères pour les aider dans les tâches quotidiennes.

Une meilleure coordination ville-hôpital

Une fiche de liaison a été proposée par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant afin d'harmoniser les transmissions entre le service de suite de couche et le professionnel assurant le suivi post-natal à domicile. Une deuxième fiche de liaison est également proposée pour que le professionnel réalise également des transmissions auprès du service d'hospitalisation. (cf Annexes)

Un suivi à plus long terme

Un certain nombre de patientes déclarent encore connaître des difficultés à distance de la sortie de la maternité, très souvent elles ne recontactent pas par elles-mêmes la sage-femme. C'est également les remarques qu'ont faites un certain nombre de patientes en fin de questionnaire. Selon elles, l'accompagnement devrait durer plus longtemps.

Un modèle de soins postnatals pourrait être élaboré en construisant un projet de soins avec la femme en définissant des objectifs en commun (femme et sage-femme), puis en évaluant régulièrement l'atteinte de ces objectifs. Cette perspective et cette réflexion seraient à reprendre et pourraient faire l'objet d'une étude destinée à évaluer les effets d'une intervention éducative. [7]

Il serait peut être intéressant de mettre en place une visite/un entretien à plus long terme entre l'accompagnement au retour à domicile et la visite post-natale (3 à 4 semaines après l'accouchement). En effet, l'étude de Razurel et Al. a montré que cet entretien (mené six semaines après l'accouchement) a fait du bien aux patientes interviewées, car il leur a permis de revisiter les événements, de s'en distancer et d'être plus apaisées. [7] Une étude de Lavender et Walkinshaw a montré qu'un espace d'écoute, de soutien, de conseils, de compréhension et d'explications, proposé par des sages-femmes pendant la période du post-partum, serait bénéfique pour les mères et permettrait de diminuer les épisodes d'anxiété. [31]

Cette forme de visites est déjà possible actuellement par le biais des séances de suivi post-natal (2 séances entre le 8ème jours après l'accouchement et la visite post-natal) mais très peu pratiquée. Il serait peut être intéressant d'encourager leur mise en place dans les suites de l'accompagnement au retour à domicile.

Un accompagnement semi-global

Favoriser un accompagnement semi-global : la même sage-femme peut proposer le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, l'accompagnement au retour à domicile/séances post-natales, et la rééducation périnéale.

Ceci permet d'assurer une continuité des soins par le même professionnel qui connaît déjà la patiente. Ceci peut être rassurant pour les patientes et leur permettre de se livrer plus facilement sur leur difficultés.

Étendre le suivi des femmes enceintes à l'anténatal

Un projet pilote d'accompagnement anténatal est expérimenté dans trois départements (Moselle, Yvelines et Alpes-Maritimes) depuis 2013. Il vise notamment à améliorer le suivi de la grossesse en orientant vers une sage-femme ou un médecin en fonction du niveau de risque ainsi que le recours aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ceci permet d'assurer la continuité des soins entre l'avant et l'après accouchement. [32]

Conclusion

Conclusion

La diminution de la durée de séjour en maternité après un accouchement est un sujet d'actualité partout en France ces dernières années. Il était donc intéressant d'étudier la nouvelle prise en charge du couple mère-enfant dans cette période particulière à travers les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile.

En effet, et afin de répondre aux besoins des patientes en post-partum, cet accompagnement se généralise ces dernières années. Il s'agissait donc de voir à travers ce travail si les différentes modalités d'accompagnement proposées aux patientes permettaient de répondre à leurs besoins dans cette période particulière.

Nous avons pu montrer que les patientes rencontraient un certain nombre de difficultés à leur retour à domicile. Mais celles-ci étaient plutôt satisfaites de cet accompagnement qui répondait globalement à leurs attentes.

Cependant on a pu noter qu'un pourcentage important des patientes interrogées ont connu de nouvelles difficultés après l'accompagnement et qu'elles se sont parfois trouvées démunies sans savoir à qui s'adresser.

De ces constats, nous avons pu émettre certaines propositions qui pourraient améliorer le suivi à domicile et la prise en charge post-natale, souvent oubliée par rapport à la prise en charge anténatale souvent bien mieux organisée.

Références

bibliographiques

Références bibliographiques

1. Barraco de Pinto M, Lamour M. Le bébé : du rêve au cauchemar. Dialogue. mai 2001;152(2):3-7.
2. Hamelin-Brabant L, De Montigny F, Roch G, Deshaies M-H, Mbourou Azizah G, Bourque Bouliane M, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une recension des écrits. Rapport de recherche volet 1. D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec. [Internet]. Québec, Canada : Centre de recherche du CHU de Québec; 2013. Disponible sur: http://www.fsi.ulaval.ca/fileadmin/templates/images/Content/Personnel/Publications_Brabant_Roch/2013_Brabant_Roch_Rapport_recherche.pdf
3. INPES. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>
4. Börjesson B, Paperin C, Lindell M. Maternal support during the first year of infancy. J Adv Nurs. 03 2014;45(6):588-94.
5. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de la maternité [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
6. CIANE. Sortie de maternité et bien être des femme [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>
7. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, El Alama S, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. Revue Sage-Femme. nov 2010;9(5):240-9.
8. Haute Autorité de Santé, Service des bonnes pratiques professionnelles. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

9. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Journal Gynécologie Obstétrique Biologie Reproduction. févr 2013;42(1):76-85.
10. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques. La santé des femmes en France [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_femmes_2009.pdf
11. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. sept 2008;(660).
12. Venditelli F, Boniol M, Mamelle N. Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France. Revue Épidémiologie Santé Publique. sept 2005;53(4):373-82.
13. Assurance maladie. Programme d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés ; Champ maternité [Internet]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_08_prado_-_interet_-_f_boulay.pdf
14. Assurance maladie. Retour à domicile après hospitalisation. Suivi à domicile de la femme et de son nouveau-né après accouchement par voie basse. [Internet]. 2013. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_sf_retour_domicile.pdf
15. Union nationale et syndicale des Sages-femmes. Enquête satisfaction PRADO [Internet]. 2012. Disponible sur:
http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf
16. Ordre des sages-femmes - Conseil National Le champ de compétences générales de la sage-femme [Internet]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/champ_de_competence_general_de_la_sagefemme/index.htm
17. Azizoudine Kinney A. Evaluation qualitative de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité : le point de vue des patientes [Mémoire Sage-Femme]. Paris-Descartes; 2011. Disponible sur:
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/61/76/98/PDF/memoire_esfbaudeloque_azizoudine.pdf




18. Cargill Y, Martel M-J. Postpartum Maternal and Newborn Discharge. JOGC. avr 2007;(190):357-9.
19. Collectif sages-femmes de Provence. Prendre soins de la femme dans le postnatal : rites et soins traditionnels du quarantième jour. Une transmission interculturelle. Revue Sages-Femmes Libérales. 2012;
20. Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. Santé Homme. oct 2007;(391):45-7.
21. Redchaw M, Heikkila K. Delivered with care : a national survey of women's experience of maternity care 2010 [Internet]. National Perinatal Epidemiology Unit; 2010. Disponible sur:
<https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/reports/Maternity-Survey-Report-2010.pdf>
22. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. Insee Première. Oct 2012 ; (1419).
23. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
24. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012. Disponible sur:
<http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
25. Dolbeau M. L'accompagnement à domicile après une première naissance : Les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ? [Internet]. [Nancy]: Université Henry Poincaré; 2012. Disponible sur :
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_DOLBEAU_MARINE.pdf
26. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. déc 2004;25(3-4):247-55.
27. Hung C-H. Measuring postpartum stress. J Adv Nurs. mai 2005;50(4):417-24.
28. E. Grullon K, A. Grimes D. The safety of early postpartum discharge : a review and critique. Obstet Gynecol. nov 1997;90(5):860-5.

29. Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité : « Regards de femmes sur leur maternité ». [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
30. INSEE. Evolution du nombre de sages-femmes libérales, salariées et du nombre de gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes en âge de procréer. [Internet]. 2011. Disponible sur: www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12518/2/er791.xls
31. Lavender T, Walkinshaw SA, Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. Birth. 1 déc 1998;25(4):215-9.
32. Assurance maladie. Accompagnement du retour à domicile : des missions valorisantes, au coeur de l'accompagnement des femmes. Lettre d'Information Aux Sages-Femmes. (1):1.

Annexes

Annexes

Annexe I : Lettre d'information donnée en suite de couche

 UDR Université d'Auvergne	 MÉDITERRANÉE	 CHU CLERMONT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CLERMONT FERRAND	ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND
LETRE D'INFORMATION			
<i>Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-Partum ?</i>			
Investigateur :			
- Nom : Arzac			
- Prénom : Lucie			
- Courriel : luciearsac@hotmail.fr			
- Service : Ecole de sage-femme			
- Téléphone : 04 73 75 03 15			
Madame, Mademoiselle,			
Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-Partum ?".			
Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas me contacter.			
Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.			
1. INTRODUCTION			
Les suites de l'accouchement étant une période particulière pour les mères, elles nécessitent un accompagnement personnalisé sur le plan médical, organisationnel, psychologique... L'intervention d'un professionnel vous a été proposée lors de votre retour à domicile. Je souhaite évaluer si les dispositifs en place actuellement permettent de répondre aux besoins et attentes des patientes.			
2. OBJET DE L'ETUDE			
L'objectif principal de mon étude est donc d'évaluer la satisfaction des besoins et des attentes des patientes par les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile.			
3. METHODE DE L'ETUDE			
Je vais réaliser mon étude à l'aide d'un questionnaire en ligne que je vous transmettrai par e-mail un mois après votre sortie du service de maternité. (si vous ne disposez pas d'adresse e-mail, ce questionnaire vous sera envoyé par voie postale avec une enveloppe timbrée pour le retour).			

4. CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du CHU de Clermont-Ferrand.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Dans le cas où vous retirez votre consentement en cours d'étude et sauf opposition écrite de votre part, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles recueillies préalablement à votre retrait de consentement.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'une sage-femme de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

5. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de renoncer à participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devrez m'informer de votre décision.

Je peux décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez avertie et les raisons vous seraient expliquées.

6. RISQUES

Il n'existe aucun risque médical à répondre à cette étude. Je vous rappelle qu'en cas de besoin, je peux répondre à toutes vos questions.

7. BENEFICES

Le but principal de mon étude est d'évaluer la prise en charge au retour en domicile et donc si nécessaire d'améliorer celle-ci.

8. OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si vous le souhaitez, vous pouvez me joindre à l'adresse suivante luciearsac@hotmail.fr, et je pourrai répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude : "Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-Partum ?".

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informée des résultats globaux de la recherche en me recontactant

9. PROTECTION DES PERSONNES

Cette étude sera menée conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

La participation à cette étude nécessite que vous soyez affiliée ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Date et Signature de l'étudiant(e) sage-femme de l'étude :

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement en deux exemplaires. Vous conserverez cette lettre d'information.

Annexe II : Questionnaire envoyé en version « google docs »

QUESTIONNAIRE

Je vous ai sollicité pour répondre à ce questionnaire dans le but d'étudier l'accompagnement au retour à domicile après une naissance. Je vous remercie de votre participation.

I. Renseignements généraux

1. Veuillez me renseigner votre numéro d'anonymat.

2. Veuillez me renseigner votre numéro de centre.

3. Quel âge avez-vous ?

- Une seule réponse possible.
- 18-22 ans
 23-27 ans
 28-32 ans
 33-37 ans
 Plus de 38 ans

4. Combien avez-vous d'enfants ?

Une seule réponse possible.

- 1
 2 et plus

5. Vivez-vous en couple ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Avez-vous un entourage familial ou amical proche ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Quelle est votre source de revenu ?

Plusieurs réponses possibles.

- Travail
 RSA
 Chômage
 Autre :

8. De quelle origine êtes-vous ?

Une seule réponse possible.

- Française
 Européenne
 Afrique du Nord
 Afrique Sub Saharienne
 Amérique du Nord
 Amérique Latine
 Moyen Orient
 Asiatique

II. Suivi de la grossesse

9. Quel(s) professionnel(s) ont suivi votre grossesse ?

Plusieurs réponses possibles.

- Sage-femme hospitalière
 Sage-femme libérale
 Sage-femme de PMI
 Gynécologue-Obstétricien
 Médecin généraliste
 Pas de suivi

10. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non (passer directement à la question 9)

11. Si oui, pensez-vous qu'ils vous ont servi lors de votre retour à domicile ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Avez-vous été informé sur le suivi à domicile après l'accouchement pendant la grossesse ?
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

III. L'accouchement

13. Comment s'est passé votre accouchement ?
Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

Déclenchement
 Voie basse spontanée
 Extraction instrumentale (Ventouse, Forceps)
 Césarienne programmée
 Césarienne en urgence

14. Quel est le vécu de votre accouchement ?
Une seule réponse possible.

Très bon
 Bon
 Mauvais
 Très mauvais

IV. Le séjour à la maternité

15. Quel mode d'allaitement avez-vous choisi pour votre enfant ?
Une seule réponse possible.

Artificiel
 Maternel
 Mixte

16. Quelle a été la durée de votre séjour en maternité ?
Une seule réponse possible.

2 jours
 3 jours
 4 jours
 5 jours
 6 jours
 Plus

17. Avez-vous trouvé la durée de votre séjour :
Une seule réponse possible.

Trop longue
 Adaptée
 Trop courte

18. Avez-vous trouvé les conseils et l'accompagnement en maternité vous concernant :
Une seule réponse possible.

Suffisants
 Insuffisants

19. Avez-vous trouvé les conseils et l'accompagnement en maternité concernant votre bébé :
Une seule réponse possible.

Suffisants
 Insuffisants

20. Avez-vous reçu une information sur l'accompagnement à domicile pendant le séjour ?
Une seule réponse possible.

Oui
 Non

V. Le retour à domicile

21. Comment avez-vous vécu votre retour à domicile ?
Une seule réponse possible.

Très bien
 Plutôt Bien
 Plutôt difficile
 Difficile

22. Quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontré sur le plan physique ?
Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

Fatigue
 Troubles du sommeil
 Sexualité
 Douleurs
 Modifications corporelles
 Aucune difficulté
 Autre :

23. Quelles difficultés avez-vous rencontrées sur le plan émotionnel ?
Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Découragement
- Perte de confiance
- Inquiétudes
- Baby blues
- Dépression
- Manque d'estime de soi
- Manque de confiance
- Isolement
- Conflit avec le conjoint
- Aucune difficulté
- Autre : _____

24. Quelles difficultés avez-vous rencontrées sur le plan organisationnel ?

- Plusieurs réponses possibles
- Plusieurs réponses possibles
- Tâches ménagères
- Besoins du bébé
- Prise en charge du ou des aînés
- Aucune difficulté
- Autre : _____

25. Quelles difficultés avez-vous rencontrées par rapport à la prise en charge du bébé ?

- Plusieurs réponses possibles
- Plusieurs réponses possibles
- Pleurs et rythmes de vie
- Alimentation
- Perte de poids
- Température
- Soins : bain, change, soin du cordon,...
- Aucune difficulté
- Autre : _____

26. De quel type d'accompagnement au retour à domicile avez-vous bénéficié ?

- Plusieurs réponses possibles
- Plusieurs réponses possibles
- PRADO
- Sage-femme libérale hors PRADO
- Sage-femme de PMI
- Puéricultrice de PMI
- Aucun

27. Combien de visites avez-vous reçu de la sage-femme (et/ou puéricultrice) ?
Une seule réponse possible

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 et plus

28. Avez-vous trouvé ce nombre suffisant ?

- Une seule réponse possible
- Oui
- Non

29. Quelle était la durée moyenne des visites ?

- Une seule réponse possible
- Moins de 30 minutes
- 30-45 minutes
- 45 min- 1heure
- Autre : _____

30. Avez-vous trouvé cette durée suffisante ?

- Une seule réponse possible
- Oui
- Non

31. Quel(s) étai(en)t le(s) type(s) de contact ?

- Plusieurs réponses possibles
- Plusieurs réponses possibles
- A domicile
- Au cabinet
- Entretiens téléphoniques

32. Ces modalités vous ont-elles paru adaptées ?

- Une seule réponse possible
- Oui
- Non

33. Avez-vous déjà rencontré la sage-femme pendant la grossesse ?

- Une seule réponse possible
- Oui
- Non

34. Quels étaient les actes effectués lors des visites ?
Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Surveillance du poids du nouveau-né
- Surveillance médicale de l'enfant (côtre, signes d'infection, comportement...)
- Surveillance médicale de la mère (suture, hémorroides...)
- Autre : _____

35. Quels étaient les thèmes abordés ?

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Conseils par rapport à l'allaitement (maternel ou artificiel)
- Conseils par rapport aux soins du bébé (change, bain, soins du codon...)
- Conseils par rapport à l'organisation, les rythmes de vie et l'environnement du bébé
- Soutien psychologique
- Autre : _____

36. Pensez-vous que cet accompagnement vous a permis de surmonter quelques unes de vos difficultés ?

Une seule réponse possible

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

37. Avez-vous eu recours à d'autres sources d'information ?

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (passer à la question 37)

38. Si oui, de quel(s) type(s) :

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Internet
- Amis
- Famille
- Magazines
- Associations
- Autre : _____

39. Pour quelles raisons y avez-vous eu recours ?
Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Vous n'avez pas eu les réponses que vous souhaitiez par la sage-femme
- Vous n'avez pas osé poser la question à la sage-femme
- Vous n'avez pas rencontré la sage-femme
- Autre : _____

VI. Difficultés rencontrées après le suivi à domicile

40. Avez-vous rencontré des difficultés après vos entretiens avec la sage-femme ?

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (passer à la question 40)

41. Si oui, quel(s) type(s) de difficulté(s) avez-vous rencontré ?

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Pleurs, rythme de vie du nouveau-né
- Santé du nouveau-né
- Allaitement (maternel ou artificiel)
- Fatigue
- Manque de confiance en soi
- Baby-blives
- Autre : _____

42. Comment avez-vous fait face à ces difficultés ?

Plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles

- Nouveau contact avec la sage-femme
- Internet
- Amis
- Famille
- Autre professionnel de santé (pédiatre, médecin généraliste...)

43. Cet accompagnement a-t-il permis de répondre à vos besoins ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

4.4. Remarques éventuelles

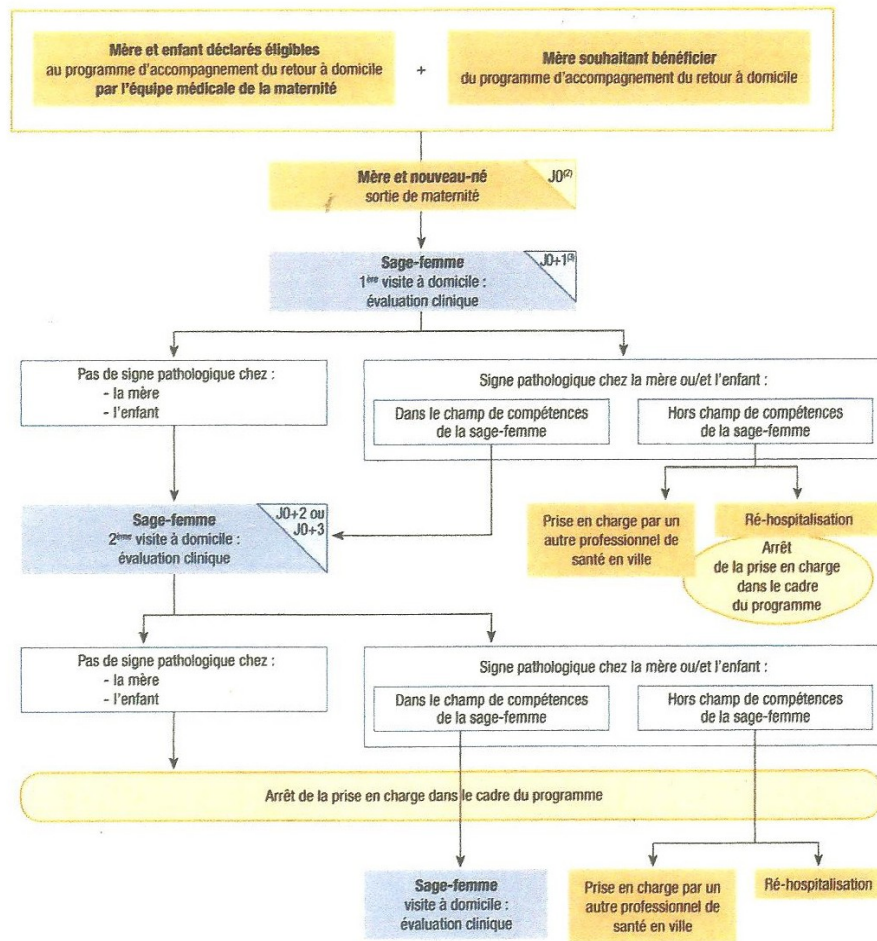
Je vous remercie du temps que vous avez consacré pour répondre à mon questionnaire

**Annexe III: Le Programme d'accompagnement au retour à domicile de l'assurance maladie :
organisation des visites**

**ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR À DOMICILE APRÈS UNE HOSPITALISATION
POST PARTUM**

Décembre
2010

Suivi à domicile de la femme et de son nouveau-né après accouchement par voie basse
par la sage-femme dans le cadre de l'activité libérale
après avis de la HAS¹



¹ www.has-sante.fr.

² J0 = jour de sortie de la maternité.

³ J0+1 = lendemain de la sortie de la maternité.

Sources : Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes et Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, référentiel métier et compétences des sages-femmes. Assurer un suivi mère enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale, octobre 2007.

Paul Vert et Michel Arthuis. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : La première semaine de vie, mai 2005.

ANAES. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile, Recommandations de bonne pratique, mai 2004.

Société Canadienne de Pédiatrie et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La facilitation du congé à domicile après une naissance normale à terme, février 2009.

Annexe IV : Le PRADO : Contenu et objectifs des visites à domicile

ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR À DOMICILE APRÈS UNE HOSPITALISATION POST PARTUM

Décembre 2010

Suivi à domicile de la femme et de son nouveau-né après accouchement par voie basse par la sage-femme dans le cadre de l'activité libérale après avis de la HAS¹

Le programme d'accompagnement du retour à domicile est destiné aux femmes qui le souhaitent, dès que l'hospitalisation en maternité n'est plus nécessaire. Il s'appuie sur la prise en charge à domicile de la mère et de son enfant par la sage-femme libérale.

Il ne concerne pas le « retour précoce à domicile après accouchement » pour lequel des recommandations ont été publiées par l'ANAES en 2004.

Les visites dans le cadre de ce programme s'appuient sur les missions de la sage-femme relatives au suivi mère-enfant dans les suites d'accouchement, c'est-à-dire :

- la réalisation d'un diagnostic,
- la décision de l'indication d'une stratégie de prise en charge,
- l'accompagnement du couple mère-enfant et assurer la continuité de la prise en charge.

Contenu des visites

Concernant la mère	Concernant le nouveau-né
Évaluation clinique <ul style="list-style-type: none"> - état général ; - état obstétrical ; - recherche d'une infection du post partum dont infection urinaire, endométrite, mastite ; - recherche de complications thromboemboliques et hémorragiques ; - état psychologique dont le baby blues et la dépression du post partum. 	Évaluation clinique <ul style="list-style-type: none"> - état général, surveillance du poids ; - recherche des signes de déshydratation, de vomissements, efficacité de la succion ; - ictère ; - signes infectieux néonataux (ex hyperthermie, infection urinaire, infection pulmonaire, infection du cordon...).
Évaluation de la relation mère-enfant <i>« Les premiers jours de vie sont un moment privilégié pour apprécier au mieux la qualité du lien qui s'établit entre la mère et son enfant. Ce lien est un facteur essentiel du développement psychique de l'enfant. Son évaluation régulière à domicile est essentielle ».</i> Il est indispensable de tenir compte des éléments prédisposant à une altération des liens du couple mère-enfant, notamment de se livrer à une évaluation psychologique et à une appréciation de la qualité des interactions entre la mère et le nouveau-né.	
Évaluation de la nécessité du soutien à un allaitement maternel En étant à l'écoute de la mère, en délivrant une information efficace sur l'allaitement, en prévenant les complications, la sage-femme vérifie le bon démarrage de l'allaitement.	
<ul style="list-style-type: none"> - La mère qui allaite doit être à même de reconnaître les manifestations d'éveil du nouveau-né afin de donner le sein aussitôt et de vérifier la réalité du transfert du lait. - Les problèmes liés à l'allaitement : perte de poids supérieur à 10% du poids de naissance avec une déshydratation sévère du nouveau-né, apparition d'une forme grave d'un ictère, de vomissements, succion déficiente retardant la montée de lait font l'objet d'une vigilance permanente de la sage-femme. 	

Périodicité des visites

Les visites se déroulent dans le respect du libre choix de la femme.

La première visite a lieu le lendemain de la sortie de maternité. La deuxième visite intervient à 24 heures ou 48 heures après la première, à l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi.

Si lors de ces 2 visites consécutives aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau-né, les visites de la sage-femme sont arrêtées.

¹ www.has-sante.fr

² ANAES. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations de bonne pratique, mai 2004.

Annexe V : Fiche de liaison maternité-ville proposée par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

Nom, prénom et signature de la personne ayant renseigné la fiche :
Téléphone :

Accord de la patiente (signature):

Précisions utiles (AMP, DPN, accompagnement psychologique ou social...):

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

Les informations contenues dans le document ci-joint sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant :

Fiche de liaison Maternité \longleftrightarrow suivi en post partum immédiat

A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées :

Demande initiée : Par la femme Par l'établissement de santé
 Dans le cadre du PRADO Autre

Maternité :
Personne à contacter en cas de nécessité:
- Pour la mère :
- Pour le nouveau-né :

Nom, prénom de la patiente : *étiquette*
Date de naissance : / /

Adresse : Code porte :
Etage :
Tél(s) :

vit seule vit en couple

Couverture sociale :
 SS+mutuelle Sécurité Sociale CMU AME Abs de couverture

Suivi anténatal:

Sage-femme Généraliste Gynécologue

Nom, prénom :
Tél :

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : Groupe, Rhésus : RAI :

Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :
 Pathologie fœtale (préciser) :

le : / / à : h Terme :

ACCOUCHEMENT

Voie basse spontanée Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :
Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie
 autre

Points à surveiller :

- Déchirure simple / compliquée Episiotomie
- Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication
- Evolution des fils résorbables Fils / agrafes à retirer à J
- Hématome Hémorroides invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :
Date et dernier taux d'hémoglobine connu :
Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres (préciser) :

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : M F
Poids de naissance : Poids le plus bas : date :....
 Jumeaux, prénom de J2 : Poids le plus bas : M F date :....
Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson
Guthrie : fait à faire (joindre buvard avec n°acc + enveloppe)
Dépistage de la surdité : fait à proposer
Points à surveiller :
 Alimentation Ictère Infection
 Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à J

Accompagnement(s) proposé(s) :
 Sage-femme libérale Médecin généraliste
 Puéricultrice (PMI) Pédiatre
 TISF Soutien à l'allaitement
 Psychologue Autre (préciser) :

Annexes VI : Fiche de liaison ville-hôpital proposée par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

Compte-rendu du suivi en post-partum immédiat

Mère		A l'attention du service maternité		Nouveau-né		Professionnel de santé	
Nom :		Nom :		Nom, prénom:		Fonction :	
Prénom :		Prénom :		Fonction :		Tél :	
Date de naissance : / /		Date de naissance : / /					

Accompagnement du / / à J... au / / à J... Nombre de visites :.....

EVALUATION MEDICALE (date :)		Mère		Nouveau-né	
Examen clinique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> à surveiller*	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> à surveiller*		
Alimentation :	<input type="checkbox"/> lait maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> préparation pour nourrisson	Courbe pondérale satisfaisante : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non*			
Evolution :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> A soutenir*	Guthrie fait le / / à J ... Par : Drépanocytose : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Dépistage de la surdité : <input type="checkbox"/> fait par : <input type="checkbox"/> non fait			
Prescriptions	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* : le / /	Après de : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* : le / / Pour : Pour :			
Avis*					
Réhospitalisation*	Etablissement / Service : le / / Pour :	Etablissement / Service : le / / Pour :			

***Précisions utiles :**

.....

.....

EVALUATION PSYCHO-SOCIALE

Entourage familial et social : oui non

Intervention d'un TSF : oui non

Evolution psychologique (baby-blues, relations mère-enfant,...) :

Difficultés particulières :

.....

	Mère	Nouveau-né
RELAIS		
Noms et fonctions des professionnels		
Motifs		
Dates des prochains RDV		

Date : / / **Signature du professionnel de santé ayant accompagné le retour à la maison:**

Les informations contenues dans le document ci-joint sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant :

Résumé/Summary

Le post-partum est une période de grande vulnérabilité pour les femmes, les nouveaux-nés et les couples présentant de multiples besoins. Un relai à domicile par une sage femme libérale ou de PMI est donc fréquemment mis en place pour compléter l'accompagnement post-natal. L'accompagnement au retour à domicile permet-il de répondre aux attentes des patientes ?

Les patientes ayant un suivi à domicile organisé ont été recrutées en suite de couche. Un questionnaire leur a ensuite été envoyé un mois après par e-mail. Elles ont alors été interrogées sur leur conditions de vie, le déroulement de leur grossesse, de l'accouchement et du séjour à la maternité ; puis sur leurs besoins et leurs difficultés au retour à domicile, sur le suivi à domicile et leurs attentes ainsi que sur les difficultés persistantes à plus long terme.

153 patientes ont répondu au questionnaire. Dans 89 % des cas, l'accompagnement au retour à domicile a permis de répondre (plutôt ou tout à fait) aux attentes des patientes. On constate une forte évolution de l'accompagnement au retour à domicile notamment par les sages-femmes libérales (88 % d'après notre étude contre 20 % d'après l'EPN de 2010).

Pour conclure, l'accompagnement au retour à domicile permet globalement de répondre aux attentes des patientes. Nous avons tout de même pu voir que des perspectives d'amélioration étaient possibles.

Mots clés : Post-partum, difficulté maternel, accompagnement au retour à domicile

Mothers, newborns and couples are in an important vulnerability during the post-natal period. They have a multitudes of needs. A relay at home is frequently setting up in order to complete the post-natal support. Do the accompaniement at home return succeed in answering the patient expectations and needs ?

Patients with a post-natal home support organized were recruited in the maternity ward. A survey was sent a month later by e-mail. They were asked about their life conditions, the course of the pregnancy, the delivery and the stay in the maternity ward ; then, about their needs and their difficulties when they return at home, their feelings about the support at home and about continuing difficulties on longer-term.

153 patients answered the questionnaire. For 89 % of them, the support they get when they return home permits to answer their expectations and needs. We can note a rapid evolution of return home care this last years and particularly by independant midwives (88 % in our study versus 20 % in the perinatal study in 2010).

To conclude, overall, this accompanying allows to answer patients expectations. However, we consider some prospects of improvement

Key-words : Post-partum, maternal difficulties, accompanying at home return