L' accompagnement à domicile après une première naissance : les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares?

Marine Dolbeau

▶ **To cite this version:**

Marine Dolbeau. L' accompagnement à domicile après une première naissance : les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares?. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01874442

HAL Id: hal-01874442
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01874442

Submitted on 14 Sep 2018

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.

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

L'accompagnement à domicile après une première naissance :

Les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ?

Mémoire présenté et soutenu par

Marine DOLBEAU

Promotion 2012

Sous la direction de Madame BERTRAND Murielle, Sage-femme cadre enseignante à l'école de Sages-femmes de Nancy.

Avec l'expertise de Madame ROUTY Sabine, Sage-femme à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

SOMMAIRE

Sommaire **3**

Glossaire **6**

Préface **8**

Introduction **9**

Partie 1 ..... **11**

Après un premier accouchement… **11**

1. Le post-partum : un moment particulier **12**

1.1. Contexte 12
1.2. Une période à risques 13
1.2.1. Les risques maternels 13
1.2.2. Les principales pathologies néonatales 16

2. Les particularités de la primiparité **18**

2.1. Epidémiologie 18
2.1.1. La proportion 18
2.1.2. L'âge des mères 18
2.1.3. Conséquences 18
2.2. Les facteurs de risques augmentés par la primiparité 19
2.2.1. Les risques obstétricaux 19
2.2.2. Les risques psychologiques 20
2.3. La naissance d'un premier enfant : un évènement stressant 20

3. Les sorties de maternité **22**

3.1. Les contraintes socio-économiques 22
3.2. L'organisation actuelle en France 23
3.2.1. Les sorties précoces 23
3.2.2. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) 24
3.2.3. L'accompagnement par la sage-femme libérale 24
3.2.4. Les ressources complémentaires 25
3.3. L'impact de la diminution des durées de séjour 25

Partie 2 ..... **27**

Etudes et résultats **27**

1. Presentation de l'etude **28**

1.1. Problématique 28
1.2. Objectifs de l'étude 28
1.3. Hypothèses 29
1.4. Modalités de l'étude 29
1.4.1. La population étudiée 29
1.4.2. Les critères d'exclusions 29

2. Présentation des resultats **30**

2.1. Description de la population d'étude 30
2.1.1. Renseignements généraux 30

2.1.2. Antécédents obstétricaux 32
2.1.3. Suivi de la grossesse 32
2.1.4. Déroulement de la grossesse 33
2.1.5. L'accouchement 34
2.1.6. L'enfant 35
2.2. Description de la sortie et du suivi à domicile 36
2.2.1. La sortie 36
2.2.2. Le suivi à domicile 37
2.3. Description du retour à domicile 43
2.3.1. Ressenti des mères et difficultés durant le retour à domicile 43
Partie 3 51
Discussions et propositions 51
1. Analyse des résultats et discussion 52
1.1. Analyse de la population 52
1.1.1. L'âge maternel 52
1.1.2. La situation familiale et le conjoint 52
1.1.3. La situation professionnelle 52
1.1.4. Déroulement et suivi de la grossesse 52
1.1.5. Accouchement 53
1.1.6. L'enfant 53
1.2. La durée de séjour 53
1.2.1. La durée moyenne de séjour 53
1.2.2. Les sortie précoces 54
1.2.3. Durée du séjour et satisfaction maternelle 54
1.3. Le suivi à domicile 55
1.3.1. Modalités de suivi 55
1.3.2. Les visites 55
1.3.3. Les actes effectués ou les thèmes abordés 56
1.3.4. La sage-femme 57
1.3.5. Aide apportée par le suivi à domicile 57
1.3.6. Projet pour le prochain accouchement 58
1.3.7. Consultations en parallèles 58
1.4. Le retour à la maison : difficultés et soutien 59
1.4.1. Les soutiens 60
2. Propositions 62
2.1. La mise en place du PRADO 63
2.1.1. Les points positifs 63
2.1.2. Les points négatifs 64
2.2. La promotion du suivi post-natal 65
2.3. La personnalisation du suivi 65
2.4. La transmissions des données médicales 66
2.5. Les séances de suivi post-natal 67
Conclusion 69
Bibliographie 70
TABLE DES MATIERES 74
Annexe 1 II

Annexe 2 XI

GLOSSAIRE

ARS : **A**gence **R**égionale de **S**anté

AUDIPOG : **A**ssociation des **U**tilisateurs de **D**ossiers **I**nformatisés en **P**édiatrie, **O**bstétrique et **G**ynécologie

AVB : **A**ccouchement **V**oie **B**asse

DMS : **D**urée **M**oyenne de **S**éjour

CPAM : **C**aisse **P**rimaire d'**A**ssurance **M**aladie

EPI : **E**ntretien **P**rénatal **I**ndividuel

ENP 2003 : **E**nquête **N**ationale **P**érinatale **2003**

ENP 2010 : **E**nquête **N**ationale **P**érinatale **2010**

HAD : **H**ospitalisation **A D**omicile

HADAN : **H**ospitalisation **A D**omicile de l'**A**gglomération **N**ancéenne

HAS : **H**aute **A**utorité de **S**anté

IVG : **I**nterruption **V**olontaire de **G**rossesse

MAP : **M**enace d'**A**ccouchement **P**rématuré

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PMI : **P**rotection **M**aternelle et **I**nfantile

PACS : **P**acte **C**ivil de **S**olidarité

PRADO : **P**rogramme de **R**etour **A DO**micile

RPAD : **R**etour **P**récoce **A D**omicile

SA : **S**emaine d'**A**ménorrhée

T2A : **T**arification à l'**A**ctivité

UNAF : **U**nion **N**ationale des **A**ssociations **F**amiliales

UNCAM : **U**nion **N**ationale des **C**aisses d'**A**ssurances **M**aladie

PREFACE

Après l'accouchement, les patientes traversent une période délicate semée de doutes, d'incertitudes et d'inquiétudes, surtout lors d'une première naissance. Elles n'osent pas forcément nous en parler, même si quelques signes peuvent nous interpeller. Un peu d'écoute, de réassurance et elles rentrent chez elles, accompagnées de leur nouveau-né.

Lors de mes études, j'ai pu constater l'évolution de la prise en charge du couple mère-enfant. La durée des séjours diminue et différentes possibilités de suivi à domicile s'offrent à eux. Les sages-femmes libérales prennent le relais du suivi médical à domicile.

Alors une question se pose, comment se passe le retour à domicile après un premier accouchement ? Qu'éprouvent les mères en passant le seuil de leur porte ? Un sentiment de solitude, d'inquiétude, de soulagement, ou de bonheur ?

Les différentes modalités de sortie répondent-elles aux besoins des patientes ? Permettent-ils à la sage-femme d'assurer sa mission qui est la surveillance médicale et l'accompagnement de la relation mère-enfant ?

Introduction

Dans le cadre de la diminution des durées de séjour après un accouchement, des alternatives à l'hospitalisation se sont progressivement mises en place. L'exercice libéral des sages-femmes a considérablement augmenté depuis 2001[1]. Avec l'élargissement des compétences, les sages-femmes peuvent donc assurer la surveillance à domicile de la mère et de son enfant, dans le cadre toujours de l'eutocie. Le taux de sorties précoces s'est également accru. Il est passé de 3% à 7% entre 1997 et 2002[2]. Les structures d'hospitalisation à domicile en périnatalité se sont développées. A Nancy, la collaboration entre l'HADAN (Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéienne) et la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) existe depuis peu. Ainsi une convention a été signée en février 2009 et le partenariat a débuté en mars 2009[3]. Ces modifications récentes concernant la prise en charge des couples mère-enfant en période post-natale amènent à s'interroger sur la continuité des soins.

De plus, l'arrivée d'un premier enfant n'est pas toujours simple pour les nouvelles mères qui peuvent avoir besoin d'un accompagnement particulier.

Les conséquences de la diminution des durées de séjour, par l'HAD et les sorties précoces ont été peu étudiés en France. Des signaux d'alarme comme la résurgence de l'ictère nucléaire montrent que le suivi à domicile n'est pas toujours optimal. Il serait donc intéressant d'étudier les besoins de ces patientes et si ces différentes modalités de sortie répondent à leurs besoins dans le but d'améliorer le suivi à domicile après un premier accouchement.

---

[1] BATTUT, A. *Les sorties précoces post-natales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. Etude réalisée en Île de France.* [En ligne] Mémoire Cadre Sage-femme. Dijon, 2007, p20. Disponible sur http://www.ansfl.org/medias/doc/090513-MemoireAnneBattutz.pdf [consulté le 9 mars 2011]

[2] HAS. *Mesure de l'impact des recommandations professionnelles en périnatalité grâce à un système innovant d'information sur les pratiques.* [En ligne].2001. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/resume_n-mamelle_2001.pdf [consulté le 2 janvier 2011]

[3] CLAUDEL, C. *L'accompagnement des couples mère-enfant à la sortie de maternité.* [En ligne]. Mémoire Sage-femme. Nancy, 2009, p60. Disponible sur www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_CLAUDEL_CORALIE.pdf [consulté le 22 octobre 2010]

La première partie abordera les risques qu'encourent la mère et son enfant en période post-natale, ainsi que le contexte actuel.

La deuxième partie présentera les résultats de l'étude.

Enfin, la troisième partie fera l'objet de discussions et des propositions seront suggérées afin d'améliorer la prise en charge du suivi à domicile.

Partie 1

Après un premier accouchement…

1. LE POST-PARTUM : UN MOMENT PARTICULIER

1.1. Contexte

Il n'y a pas de définition officielle du post-partum. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il débute une heure après la délivrance et dure 6 semaines[4]. LANSAC, *J.* et al [5] estiment que les suites de couches sont la période qui va de l'accouchement au retour de couches. Plus globalement, le post-partum est la période qui va de l'accouchement au retour à l'état antérieur des différentes fonctions féminines. Six semaines après l'accouchement, l'utérus a repris sa position initiale. Les modifications physiologiques liées à la grossesse ont disparu. Cependant, cela ne signifie pas que la femme ait retrouvé son état d'origine. Si l'allaitement se poursuit, le retour de couches peut être plus tardif. L'activité sexuelle n'a pas forcément repris et des douleurs périnéales peuvent persister. De plus, la femme a acquis un nouveau statut, celui de mère.

Le post-partum est, selon l'OMS, une période de transition critique pour la mère et son nouveau-né. En effet, c'est une période de profonds bouleversements physiques, physiologiques mais également affectifs et sociaux. Le corps est modifié par la grossesse et l'accouchement. L'équilibre hormonal est perturbé. C'est une période clé pour l'élaboration de la relation mère-enfant, une période de mutation familiale, remaniant tous les repères affectifs et sociaux de la femme. La mère et son nouveau-né sont vulnérables et peuvent rencontrer des difficultés, voire des complications plus importantes. En cela, le post-partum nécessite une attention toute particulière et un soutien par des professionnels de santé.

---

[4] OMS. *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique*. [En ligne]. 1998. Disponible sur www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_98_3_/fr/index.html [consulté le 16 décembre 2010]

[5] LANSAC, J. BERGER, C. MAGNIN, G. *Obstétrique.* 4ème édition. Pais : Masson, 2003, p389 ISBN : 2-294-00346-2

1.2. Une période à risques

1.2.1. Les risques maternels

Les transformations physiologiques survenues pendant la grossesse disparaissent, permettant ainsi à la femme, de retrouver son état non-gravide. Cette période de bouleversement n'est pas sans risque puisqu'il peut survenir de nombreuses complications. Leur surveillance et leur dépistage précoce sont indispensables. Plus d'une fois sur deux, les complications graves de la grossesse surviennent lors du post-partum.

Le risque infectieux

Autrefois fréquentes et redoutables, les infections puerpérales sont maintenant bien contrôlées mais le défaut d'hygiène, de dépistage précoce ou d'antibiothérapie efficace peuvent remettre en cause les bons résultats des traitements.

Le risque thromboembolique

Le post-partum est une situation favorisant les thrombophlébites. De plus, chez certaines patientes, les facteurs comme l'âge, le tabac, l'obésité, les varices, les césariennes, une hypercoagulabilité, un antécédent de maladie thromboembolique augmentent ce risque. La principale complication est l'embolie pulmonaire qui est une cause majeure de décès maternel dans les pays développés[6].

Le risque hémorragique

Dans le post-partum immédiat, les complications hémorragiques sont liées à une rétention placentaire ou une atonie utérine. Plus tardives, elles sont le témoin d'une endométrite.

Les complications au cours de l'allaitement

Les mamelons douloureux, les crevasses et l'engorgement mammaire sont les principales difficultés auxquelles sont confrontées les femmes. Elles sont la cause d'un inconfort et de douleurs exacerbées. Elles peuvent entraver l'allaitement et être le point

[6] MARIK, P-E. PLANTE, L. *Venous thromboembolic disaese and pregnancy.* [en ligne] N Eng J Med 2008 359 : 2025-33 Disponible sur http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra0707993 [consulté le 13 juillet 2011]

de départ de complications plus importantes comme des candidoses, des lymphangites, des mastites, voir des abcès.

Les autres sources de désagréments

Les troubles physiques survenant lors du post-partum sont moins préoccupants que les principaux risques cités précédemment. Cependant, leur prise en charge est toute aussi importante car ils peuvent être source de complications et altérer le bien-être maternel.

L'anémie aggrave la fatigue maternelle et diminue les moyens de défense.

La thrombose hémorroïdaire est présente chez 20% des femmes dans le post-partum immédiat[7]. La constipation peut en être la cause ou la conséquence. Selon les auteurs, les incontinences urinaires sont observées dans 15 à 40% des cas et l'incontinence fécale représente, quant à elle, 1 à 5% des cas[8].

Les tranchées et les cicatrices (périnéales ou de césarienne) sont des causes de douleurs fréquentes en post-partum, qui se révèlent gênantes, voire pénibles pour la patiente. Les changements de position, la toilette, ou bien les mictions majorent les douleurs périnéales. Certaines peuvent avoir un retentissement sur la vie sexuelle en retardant la reprise des rapports sexuels ou en occasionnant des dyspareunies.

Les troubles psychiques

La grossesse et l'accouchement sont généralement perçus comme un événement devant être heureux. Les jours qui suivent la naissance sont importants dans l'établissement du lien mère-enfant. La femme accède au statut de mère avec tous les remaniements psychiques que la grossesse et l'accouchement ont provoqué. Durant cette période de sensibilité et de vulnérabilité, certaines femmes ressentent des difficultés émotionnelles, psychologiques plus ou moins intenses. Certaines d'entres elles présentent des réactions de stress, des états anxieux et/ou dépressifs, des difficultés d'attachement à leur enfant ou un refus d'avoir d'autres enfants.

---

[7] ABRAMOWITZ, L. Prise en charge de la thrombose hémorroïdaire externe du post-partum. *Réalité en gynécologie-obstétrique*. 2011, n°152 p 1 à 3.

[8] HAS. *Rééducation dans le cadre du post-partum.* [En ligne] 2002. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf [consulté le 17 août 2011]

Le baby-blues

Fréquent en période post-natale, il touche 50 à 70% des femmes. Il apparaît dans les dix premiers jours suivant l'accouchement. Il est d'évolution favorable avec du repos et de la réassurance. Il devra néanmoins nécessiter une surveillance rapprochée car certaines situations peuvent évoluer vers une dépression post-natale[9].

La dépression post-natale

Elle touche 10 à 15% des femmes dans la première année et au-delà. Un diagnostic précoce suivi d'une prise en charge adaptée sont essentiels. Cependant, le dépistage n'est pas toujours aisé pour une pathologie qui apparaît bien après l'accouchement et généralement loin de toute prise en charge maternelle. 30 à 50% des mères souffrant de dépression ne sont ni diagnostiquées, ni traitées. Pourtant, il est reconnu qu'en l'absence de traitement, la dépression post-natale peut durer plusieurs mois, voire plus d'un an et qu'elle implique des répercussions importantes sur le plan personnel et conjugal, sur l'interaction mère-enfant et sur le développement de l'enfant[10].

La psychose puerpérale

Plus rare, mais plus sévère, la psychose puerpérale touche une à deux femmes sur mille et débute dans les quatre premières semaines après l'accouchement. Elle se décrit par des troubles de l'humeur, du sommeil, des troubles délirants, ainsi qu'une agitation, une confusion, voire une agressivité de la mère envers elle-même ou son bébé. Il existe alors un risque non négligeable de suicide maternel ou d'infanticide.

De nombreuses études épidémiologiques montrent que les troubles psychiques du post-partum sont statistiquement corrélés à des facteurs de risques tels que des antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels, l'âge, la primiparité, des

---

[9] HANZAK, E.A. *La dépression post-natale : voyage au travers du trouble psychique du post-partum.* Bruxelles : De Boeck, 2008. 291p. ISBN 978-2-8041-5331-1.

[10] GAUTHIER, L. La dépression postnatale chez la mère : plus qu'un simple baby-blues. *Psychologie.* [En ligne].Québec. Mai 2007. p28-31. Disponible sur http://ordrepsy.qc.ca/pdf/PsyQc_Dossier_5_Gauthier_Mai07.pdf . [consulté le 28 décembre 2010]

conflits conjugaux, des difficultés socio-économiques, des facteurs de stress. Toutefois, leur présence ne peut être considérée comme prédictive à l'échelle individuelle[11].

La mortalité maternelle

Le risque de mortalité maternelle est trois fois plus élevé entre 35 et 39 ans qu'entre 20 et 24 ans, après 45 ans il est trente fois plus élevé.

Rappelons que la mortalité maternelle est estimée entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes en France entre 2001 et 2006. Les deux-tiers de ces décès se produisent dans la période du post-partum, dont un tiers entre le 2ème et 42ème jour après la naissance[12]. 6,5% surviennent au-delà des 42 jours après l'accouchement.

1.2.2. Les principales pathologies néonatales

Chez le nouveau-né, la période néonatale (jusque 28 jours de vie) est une période sensible. Le nouveau-né doit s'adapter à l'environnement extra-utérin avec une série d'ajustements fonctionnels, métaboliques, respiratoires et circulatoires destinée au maintien des fonctions vitales qui s'étend au minimum sur cinq jours [13].

Le risque infectieux

Le risque infectieux bactérien ou viral est élevé dans le premier mois de vie. Les infections périnatales peuvent se manifester jusqu'à 15 jours après la naissance. Après la troisième semaine, les contaminations sont d'origine post-natale.

La réponse immunitaire d'un nouveau-né est inadaptée et immature. De plus, l'effet protecteur du lait maternel n'est que partiel. C'est pourquoi, la fièvre et les troubles du comportement chez un nouveau-né ne doivent pas être considérés comme anodins. La fièvre peut révéler une infection bactérienne, une septicémie, une infection

---

[11] UNIVERSITE DE ROUEN. *DANION-GRILLIAT, A. SIBERTIN-BLANC, D. MORO, M-R. ZIMMERMAN, M-A. Module transdisciplinaire Module 2-De la conception à la naissance Objectif 19-Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.* [En ligne] Disponible sur www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096553548261&LANGUE=0 [consulté le 20 décembre 2010]

[12] OUAHRANI, C. Mortalité maternelle : la France toujours mauvaise élève. *Profession Sage-Femme.* 2010, n°163, p14-15.

[13] HASCOET, J-M. VERT, P. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. 236p. ISBN : 978-2-294-70150-4.

urinaire, une pneumopathie ou une méningite. Les détresses respiratoires ou les diarrhées sont des signes d'infections virales.

La coqueluche et la rougeole sont à ne pas oublier, surtout depuis leur recrudescence en France. Même si elles ne sont pas fréquentes, les contaminations parentales dues à une couverture vaccinale insuffisante restent graves.

L'ictère néonatal

Il est fréquent en période néonatale, ainsi 60% des nouveau-nés à terme sont ictériques[14]. L'évolution est favorable si le diagnostic et la prise en charge sont précoces. Cependant, il existe un risque de séquelles graves, de déficit auditif et d'encéphalopathies en cas d'ictère nucléaire.

Les troubles digestifs

Fréquents et multiples chez le nouveau-né à terme, ils sont sources d'inquiétude parentale et de consultations pédiatriques. Les principales affections touchant le nouveau-né sont la perte pondérale, la déshydratation, les coliques, la constipation et le reflux gastro-oesophagien. La plupart du temps, elles sont en lien avec des problèmes de nursing. Les conseils et ajustements des professionnels suffisent généralement à les résoudre. Cependant, l'existence potentielle de pathologies plus complexes est à prendre en compte.

Les cardiopathies congénitales

Elles sont les plus fréquentes des malformations congénitales (7 /1000 naissances). Les plus répandues bénéficient d'un diagnostic anténatal. Cependant, l'apparition des signes cliniques est parfois retardée, après 48 heures de vie, du fait de leur bonne tolérance temporaire. L'apparition d'autres signes non spécifiques (difficultés alimentaires, cyanose, dyspnée, malaise…) doit faire penser à ce diagnostic.

---

[14] HASCOET, J-M. VERT, P. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. 236p. ISBN : 978-2-294-70150-4.

2. LES PARTICULARITES DE LA PRIMIPARITE

2.1. Epidémiologie

2.1.1. La proportion

Selon l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG), la primiparité représentait 43,17% en 2006. La proportion des primipares est assez stable entre 1994 et 2006 avec des extrêmes entre 42,77% et 46,03%.

2.1.2. L'âge des mères

Depuis une trentaine d'années, l'âge moyen à la première maternité s'élève régulièrement en France. Vers 1970, les Françaises avaient leur premier enfant à 24 ans en moyenne ; en 2008 elles ont 28,5 ans en moyenne[15].

La part des mères de plus de 35 ans a également augmenté. Elles représentaient 12,5% des mères en 1995. En 2006, elles représentent 19,51%[16].

En 1994, 35,40% des primipares avaient moins de 25 ans. En 2006, elles ne représentent plus que 25,14% (AUDIPOG).

Les primipares représentent donc une population de femmes d'âges très variables.

2.1.3. Conséquences

L'élévation du niveau d'études des mères, ainsi que l'augmentation du nombre de femmes ayant exercé un emploi pendant la grossesse, induisent une amélioration de la prévention et donc une meilleure santé de l'enfant à la naissance. Par contre, l'augmentation de l'âge des mères accroît le risque de prématurité, de grossesses multiples, de malformations ou de complications maternelles.

---

[15] INED. *La baisse de la fertilité avec l'âge* [en ligne]. 2008. Disponible sur http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/22324/telechargement_fichier_fr_fiche_actualite3.pdf [consulté le 06 mars 2011]

[16] VILAIN, A. DE PERETTI, C. HERBET, J-B. BLONDEL, B. La Situation périnatale en France en 2003 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Drees Etudes et résultats*, Mars 2005. n°383. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

Les femmes les plus jeunes, quant à elles, connaissent plus de difficultés sociales (chômage, isolement, rejet familial, célibat…).

2.2. Les facteurs de risques augmentés par la primiparité

Certains facteurs de risques obstétricaux et psychologiques sont augmentés par la primiparité et nécessitent donc une surveillance particulière après l'accouchement.

2.2.1. Les risques obstétricaux

L'Enquête Nationale Périnatale 2003 (ENP 2003)[17] observe une augmentation des césariennes pratiquées chez les femmes primipares (18% en 1995 contre 23,5% en 2003), induisant plus de risques de complications en post-partum.

Il est retrouvé dans la littérature scientifique que la primiparité augmenterait également le risque d'hémorragie non diagnostiquée[18]. Les conséquences seront alors une anémie non traitée, ainsi qu'une fatigue maternelle accrue.

Le risque de pré-éclampsie est amplifié chez les primipares, sachant que ces complications peuvent survenir jusqu'à 10 jours après l'accouchement.

La primiparité majore également le risque de lésions périnéales sévères, ainsi que le risque de douleurs périnéales persistantes dans le post-partum[19].

Certaines pathologies de l'allaitement sont également plus fréquentes chez la femme primipare comme les crevasses ou les mastites suppurées[20].

---

[17] VILAIN, A. DE PERETTI, C. HERBET, J-B. BLONDEL, B. La Situation périnatale en France en 2003 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Drees Etudes et résultats*, Mars 2005. n°383. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

[18] DESCARGUES, G. PITETTE, P. GRAVIER, A. ROMAN, H. LEMOINE, J-P. MARPEAU, L. Les hémorragies non diagnostiquées du post-partum. [En ligne]. *La revue sage Femme*. 2002, Volume 1, Numéro 2, p108-118. Disponible sur www.em-consulte.com/article/114227 [consulté le 16 décembre]

[19] BARTHELEMY, N. Douleurs périnéales et post-partum. *Vocation sage-femme*. 2010, n°85, p16-18.

[20] HOROUTZ, J. GUYON, F. ROUX, D. HOCKE, C. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). [En ligne]. In : *EMC 5-110-A-10*. Disponible sur www.em-consulte.com/article/273292/resultatrecherche/1 [consulté le 16 décembre 2010]

2.2.2. Les risques psychologiques

Concernant le risque de développer des troubles psychiques après l'accouchement, il n'a pas été retrouvé de consensus sur le rôle de la primiparité. DANION-GRILLAT et al la considèrent comme un facteur de risque de développer un baby-blues ou une psychose puerpérale. La primiparité à plus de 30 ans serait, quant à elle, un facteur de risque de développer une dépression post-natale[21].

Au vu des données contradictoires, il peut être judicieux de ne pas négliger ce facteur. En effet, la première expérience en maternité peut se révéler douloureuse, angoissante pour certaines mères et déboucher sur des pathologies plus graves.

2.3. La naissance d'un premier enfant : un évènement stressant

La naissance d'un enfant est un évènement exceptionnel pour une femme. Malgré le bonheur, généralement associé à cet évènement, la femme subit de profonds bouleversements. Elle devient mère, un nouveau rôle pour elle et doit assumer ses nouvelles responsabilités.

Cette transition vers une nouvelle identité reste une période difficile, voire stressante, pouvant entraîner des troubles chez la mère, sur son bien-être et sur sa relation avec son enfant. Les changements liés à la naissance nécessitent des réajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs importants. Plusieurs auteurs ont montré qu'un stress important en période périnatale augmente le risque de dépression du post-partum.

L'étude de TERRY et al[22] affirme que le stress en période post-natale peut-être lié aux évènements de la grossesse, aux évènements de l'accouchement, notamment lors

---

[21] UNIVERSITE DE ROUEN. *DANION-GRILLIAT, A. SIBERTIN-BLANC, D. MORO, M-R. ZIMMERMAN, M-A. Module transdisciplinaire Module 2-De la conception à la naissance Objectif 19-Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.* [En ligne] Disponible sur www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096553548261&LANGUE=0 [consulté le 20 décembre 2010]

[22] TERRY, D.J. MAYOCCHI, L. HYNES, G.J. *Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective.* J Abnorm Psychol 1996 ; 105 (2) :220-31 Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8723003 [consulté le 15 novembre 2010]

de complications obstétricales, au tempérament de l'enfant, au soutien social reçu et perçu, et à la survenue concomitante d'autres évènements stressants.

Une étude de RAZUREL et al[23], menée à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève a étudié les évènements stressants six semaines après l'accouchement, chez 60 mères primipares, ayant bénéficié pour 90% d'entre elles d'un suivi à domicile. La durée du séjour était en moyenne de 4 jours. L'évènement stressant dans la période post-natale à domicile était majoritairement l'allaitement. La perception des mères vis-à-vis de cet évènement était fortement négative. La douleur en était la principale cause.

On constate que l'allaitement est fortement idéalisé. Les enjeux de l'allaitement sont importants, car il reflète pour les mères leur capacité à être une « bonne mère ».

Le second élément stressant relevé était en lien avec l'organisation logistique. 81,6% des mères se sentaient extrêmement dépassées et angoissées face à cet évènement.

[23] RAZUREL, C. et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. [En ligne]. *Revue sage-femme 2010*, doi : 10.1016/j.sagf.2010.08.003. Disponible sur www.em-consulte.com/article/266301 [consulté le 29 septembre 2010]

3. LES SORTIES DE MATERNITE

Depuis quelques années, la prise en charge du couple mère-enfant après la naissance a évolué.

3.1. Les contraintes socio-économiques

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) après un accouchement ne cesse de diminuer en France. En effet, dans les années 1980, les femmes restaient 8 à 10 jours à la maternité. En 2002, la DMS n'est plus que de 4,95 jours pour un Accouchement Voie Basse (AVB) et de 7,28 jours pour une césarienne. En 2004, elles passent respectivement à 4,59 jours et 7,09 jours[24].

Les raisons de cette évolution sont multiples. Tout d'abord, la restructuration du système de santé a eu pour conséquence la fermeture et le regroupement de maternités, ainsi que la suppression importante de lits en obstétrique.

La mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A), dont le principe est la distribution des ressources en fonction du volume et de la nature des activités, oblige les établissements de santé à réduire les durées de séjour.

Dans le même temps, la France connaît une hausse de la natalité et les patientes souhaitent elles-mêmes une démédicalisation de leur accouchement, ainsi qu'un retour plus rapide à leur domicile.

La crise démographique des professionnels de santé entre également en jeu. Elle est marquée par une féminisation, une réduction du temps de travail, une attractivité moindre de certaines spécialités comme l'obstétrique et l'anesthésie et par une disparité géographique importante.

---

[24] PARETS, S. *Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie*. [En ligne]. Thèse de médecine. Université Paris XI faculté de Médecine Paris sud, 2010, p9. Disponible sur www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Parets.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

3.2. L'organisation actuelle en France

3.2.1. Les sorties précoces

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les termes de « sortie précoce » ou « Retour Précoce A Domicile (RPAD) » correspondent à une sortie de la maternité entre J0 et J+2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un AVB et J+4 jours dans le cas d'une césarienne.

Elle a établit des recommandations[25] qui définissent la spécificité du RPDA, ainsi que ses conséquences sur le suivi périnatal. Le RPDA nécessite le consentement éclairé de la mère, il s'inscrit dans l'élaboration du projet de naissance. Il ne concerne que les couples mère-enfant à bas risque médical, psychologique et social. La patiente doit avoir suffisamment confiance en elle et être autonome, pour prodiguer les soins dont son nouveau-né a besoin. Il s'appuie sur un suivi organisé dès le retour au domicile, en assurant la poursuite de l'accompagnement, le suivi médical et le dépistage des facteurs de morbidité maternelle et infantile.

En France, le nombre de sorties précoces a plus que doublé en 5 ans, de 3% en 1997 à 7% des naissances en 2002. Cette hausse est plus marquée dans les zones urbaines[26]. Selon l'ENP 2003, le RAPD concernait 8 % des primipares ayant accouché voie basse et 6% des primipares césarisées. En se basant sur les pratiques actuelles, il pourrait concerner 40% des primipares en cas d'AVB et 25% des primipares en cas de césarienne[27].

---

[25] HAS. *Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. [En ligne]. Recommandations pour la pratique clinique, mai 2004. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile [consulté le 2 janvier 2011]

[26] DANAUX, F. DEGUINES, C. *Quels risques néonataux en sortie précoce ?* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011, p 34 à 36.

[27] PARETS, S. *Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.* [En ligne]. Thèse de médecine. Université Paris XI faculté de Médecine Paris sud, 2010, p 10. Disponible sur www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Parets.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

3.2.2. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Depuis la mise en place de l'hospitalisation à domicile (HAD) à Paris en 1978, les structures d'hospitalisation à domicile en périnatalité se sont développées. La circulaire DHOS/O N°2004-44 du 4 février 2004 précise les missions et les modalités de prise en charge de l'HAD. Cette alternative à l'hospitalisation prend en charge les pathologies au domicile de la patiente. Elle a pour but d'éviter ou de raccourcir un séjour hospitalier à condition qu' « *elle offre à la patiente et à son enfant des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalents à ceux dispensés en hospitalisation complète* ». L'HAD met en place une organisation pour faire face, dans les meilleurs délais, aux situations d'urgence au domicile. Dans le cadre du post-partum, elle impose un passage quotidien au domicile de la patiente. Sa priorité est centrée sur l'activité anténatale et post-partum « pathologique ». Cependant, la circulaire autorise le recours à l'HAD en cas de sorties précoces et de l'inexistence d'un réseau d'accompagnement ou de sages-femmes libérales en mesure de prendre en charge les patientes et leur nouveau-né.

Le rôle de la sage-femme en HAD

L'HAD travaille en collaboration avec les sages-femmes libérales qui interviennent auprès des patientes à sa demande. Dans certaines agglomérations, ce sont des sages-femmes salariées de l'HAD qui effectuent le suivi à domicile.

La sage-femme coordinatrice est chargée de la planification des soins. Elle organise la prise en charge médicale et paramédicale avec les différents intervenants (infirmière, médecin…) et assure la continuité des soins.

3.2.3. L'accompagnement par la sage-femme libérale

La sage-femme assure la poursuite de l'accompagnement de la mère, le suivi médical et le dépistage des facteurs de morbidité maternelle et infantile. Elle participe également au soutien psychologique et à l'éducation aux soins de l'enfant. Les visites à domicile permettent d'apprécier directement les conditions psycho-sociales et familiales.

La première visite s'effectue le jour du retour à domicile ou le lendemain. Le nombre de visites suivantes est apprécié par la sage-femme, en fonction des besoins et de la demande maternelle.

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).

3.2.4. Les ressources complémentaires

La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La sage-femme de PMI intervient dans l'accompagnement du couple mère-enfant à domicile, elle rassure, écoute, et entoure les femmes en situation précaire. Elle travaille au sein d'un réseau à qui elle passe le relais en fonction des besoins (puéricultrice de PMI, pédiatre, psychologue, médecin traitant…).

Les praticiens en charge du suivi pédiatrique

La mère peut faire le choix de faire suivre son enfant par un pédiatre de PMI, libéral ou de la maternité de naissance, mais également par un médecin généraliste en fonction des ressources et disponibilités locales.

3.3. L'impact de la diminution des durées de séjour

Peu d'études françaises évaluent l'impact de la diminution du temps d'hospitalisation. La littérature étrangère[28] offre quelques éléments de réponse. Son analyse n'indique « aucun effet préjudiciable sur la morbidité et la mortalité maternelle ». Les mères bénéficiant d'une sortie précoce sont moins susceptibles d'être ré hospitalisées, de développer une dépression post-natale ou de connaître une anxiété. Elles présentent également la même probabilité d'allaiter et de continuer à 3 mois que celles dont l'hospitalisation se prolonge. Cependant, on note une hausse de la morbidité et de la mortalité néonatale. Toutefois, ces résultats sont peu extrapolables à la situation française.

D'autre part, le séjour très court en maternité ne permet plus de dépister les situations préoccupantes et les besoins d'accompagnement. La prise en compte de la

[28] CARGILL, Y. MARTEL, M-J. *Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement*. [En ligne]. J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n°4, 2007, p. 360-363. Disponible sur www.sogc.org/guidelines/documents/190f-ps-avril2007.pdf [consulté le 2 janvier 2011]

douleur, l'observation du lien mère-enfant, l'accompagnement de l'allaitement maternel et l'éducation aux soins de l'enfant sont restreints, notamment pour les jeunes mères et les primipares.

Le taux de ré hospitalisation précoces néonatales varie de 1 à 6% selon le lieu et la durée de séjour[29]. Il dépend surtout de l'indication de sortie et de la qualité du suivi à l'extérieur. Dans plus de 50% des cas, les nouveau-nés ont entre 4 et 7 jours. C'est la raison pour laquelle, il est conseillé de suivre ceux sortis avant 72 heures dans les 2 à 3 jours suivants la sortie.

En 2010, l'Académie de médecine a tiré le signal d'alarme quant à la résurgence d'ictères nucléaires, pathologie que l'on croyait disparue. En 2005, elle avait déjà exprimé ses craintes sur les risques qu'une sortie trop précoce de maternité, non ou mal relayée, faisait courir. Parmi eux, figure l'hyperbilirubinémie, dont le pic de concentration plasmatique est maximal entre le 3ème et 5ème jour de vie[30].

[29]PARETS, S. *Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.* [En ligne]. Thèse de médecine. Université Paris XI faculté de Médecine Paris sud, 2010, p 11. Disponible sur www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Parets.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

[30] AKOUKA, C. Résurgence de l'ictère nucléaire : une des conséquences des sorties précoces. *Contact Sages-femmes*, Janvier 2011, n°26, p12.

Partie 2

Etudes et résultats

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Problématique

Le post-partum est une période à risque pour la mère et son enfant. De nombreuses pathologies peuvent survenir et entraver leur santé ainsi que leur relation naissante. De plus, la prise en charge après un accouchement a beaucoup évolué. Les séjours à la maternité, plus courts, ne permettent plus de dépister les éventuelles complications à révélation plus tardives, ni d'accompagner au mieux les mères dans leur nouveau rôle, surtout pour un premier enfant. Une étude de la DREES sur la satisfaction des usagères des maternités montre que de nombreuses femmes se sentent mal préparées à la sortie de la maternité[31]. 15 à 35% ne seraient pas ou pas du tout satisfaites des informations et des conseils médicaux donnés avant la sortie.

Le suivi à domicile a donc pris progressivement le relais. Des alternatives à l'hospitalisation se sont peu à peu mises en place. Cependant, le sentiment des mères sur ces modalités de prise en charge a été peu étudié. Répondent-elles aux besoins des patientes dans cette période de vulnérabilité ?

1.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire la satisfaction maternelle concernant le suivi à domicile après un premier accouchement en fonction des différentes modalités de sortie proposées par la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy (MRUN).

Les objectifs secondaires sont :

- de cibler les besoins et les attentes des patientes en fonction du contexte médical, psychologique et social

[31] COLLET, M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [En ligne]. *DREES Etudes et résultats*, septembre 2008, n°660. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf [consulté le 3 mars 2011]

- d’apporter une réflexion pour l’amélioration du suivi à domicile après un premier accouchement.

1.3. Hypothèses

Il est supposé que :

- Les primipares, du fait de leur première expérience, ressentent des difficultés à leur retour au domicile.
- La satisfaction maternelle concernant le suivi à domicile ne dépend pas de la modalité de sortie.
- La satisfaction maternelle est fonction de la personnalisation de la prise en charge.

1.4. Modalités de l’étude

Afin de répondre aux objectifs, il a été choisi de distribuer des questionnaires (annexe 1) aux femmes ayant accouché à la MRUN. Le questionnaire muni d’une enveloppe timbrée étaient joints au dossier de liaison destiné à la sage-femme libérale. Celle-ci le remettait à la fin du suivi à domicile à la patiente qui le remplissait et le renvoyait par courrier.

1.4.1. La population étudiée

La population étudiée est celle des patientes primipares ayant accouché à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy et ayant bénéficié d’un accompagnement à domicile (sorties précoces, sages-femmes libérales, HAD).

1.4.2. Les critères d’exclusions

Il a été décidé d’exclure :

- Les naissances non-vivantes ou les décès néonataux.
- Les patientes n’ayant pas accouché à la MRUN.
- Les patientes qui ne sont pas sorties en même temps que leur enfant.
- Les naissances multiples.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

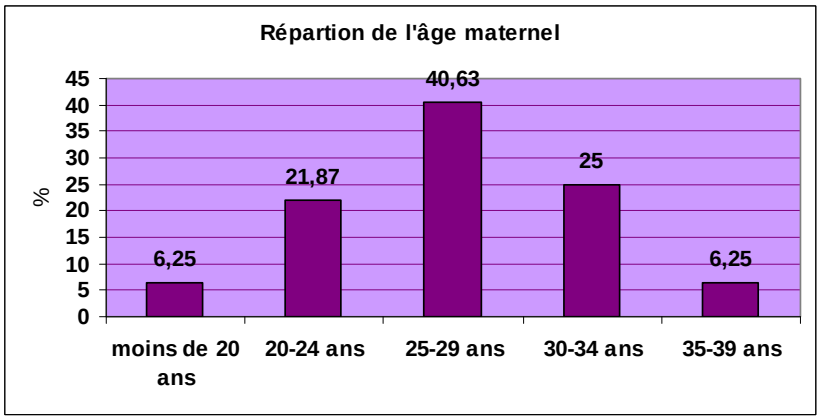
2.1. Description de la population d'étude

Au total, 32 questionnaires répondant aux critères d'inclusion ont été retournés.

2.1.1. Renseignements généraux

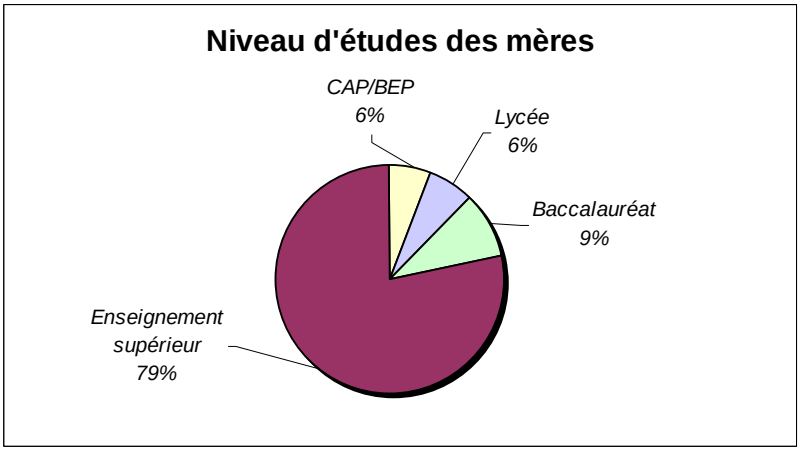
L'âge maternel

L'âge moyen des mères est de 27,31 ans.



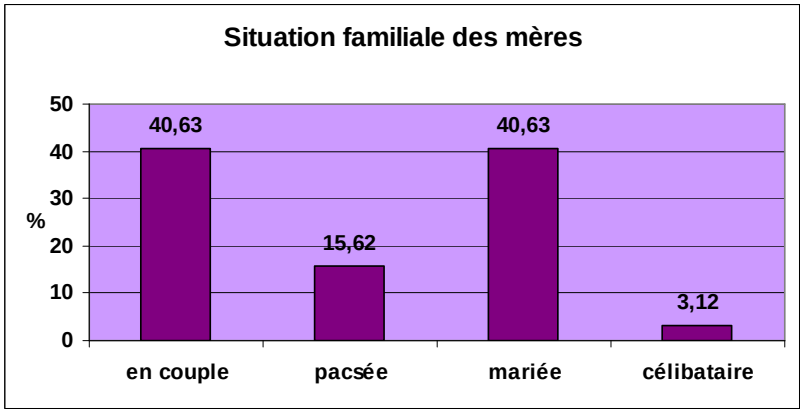
La majorité des mères ont entre 25 et 29 ans.

Niveaux d'études des mères



79% des femmes ont suivi des études supérieures.

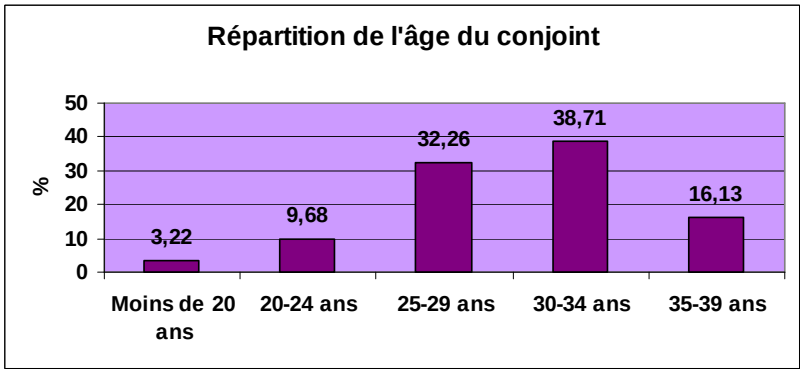
La situation familiale



3,12% des mères sont célibataires.

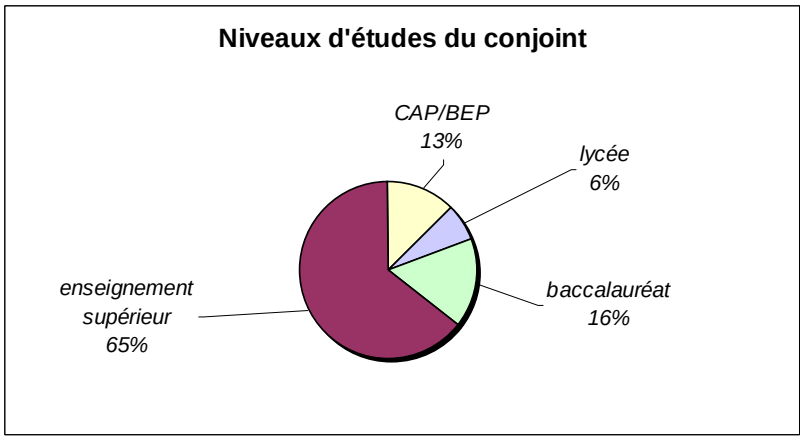
Le conjoint

L'âge moyen du conjoint est de 29,55 ans.



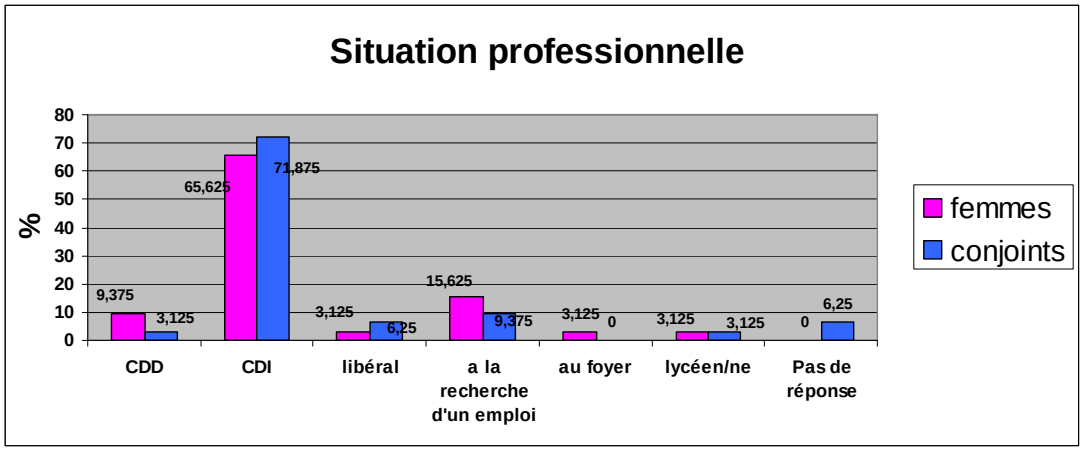
La majeure partie des hommes ont entre 30 et 34 ans.

Le niveau d'études du conjoint



65% des conjoints ont suivi des études supérieures.

Situation professionnelle de la femme et de son conjoint

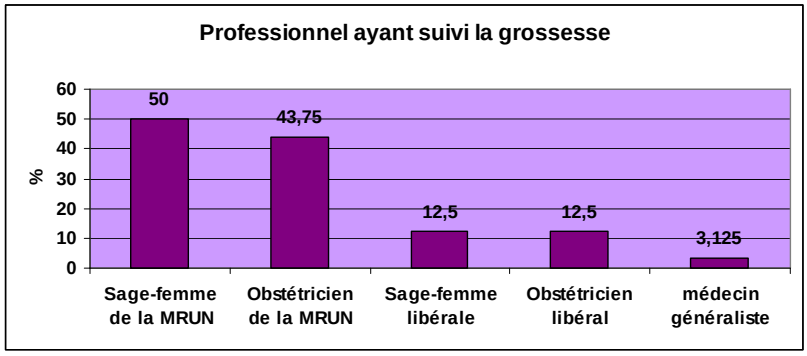


La plupart des femmes et de leurs conjoints ont un contrat à durée indéterminée.

2.1.2. Antécédents obstétricaux

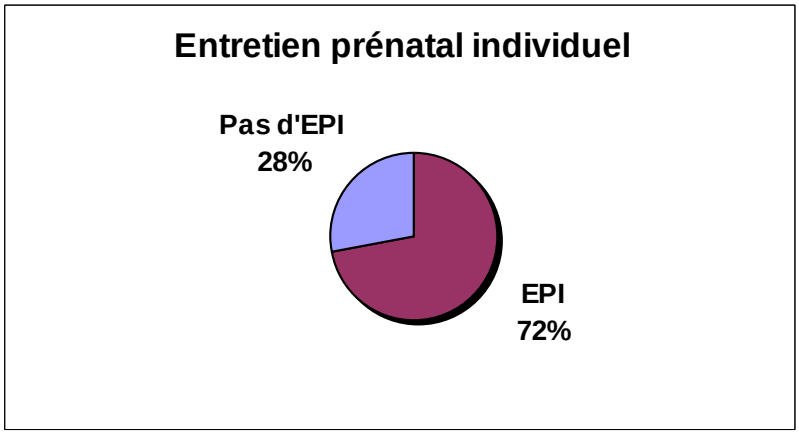
Dans les antécédents obstétricaux des femmes, l'étude a dénombré 5 Interruptions Volontaire de Grossesse (IVG) et 3 fausses-couches.

2.1.3. Suivi de la grossesse



Les sages-femmes de la MRUN ont suivi 50% des grossesses et les sages-femmes libérales ont suivi 12,5% des grossesses.

L'Entretien Prénatal Individuel (EPI)



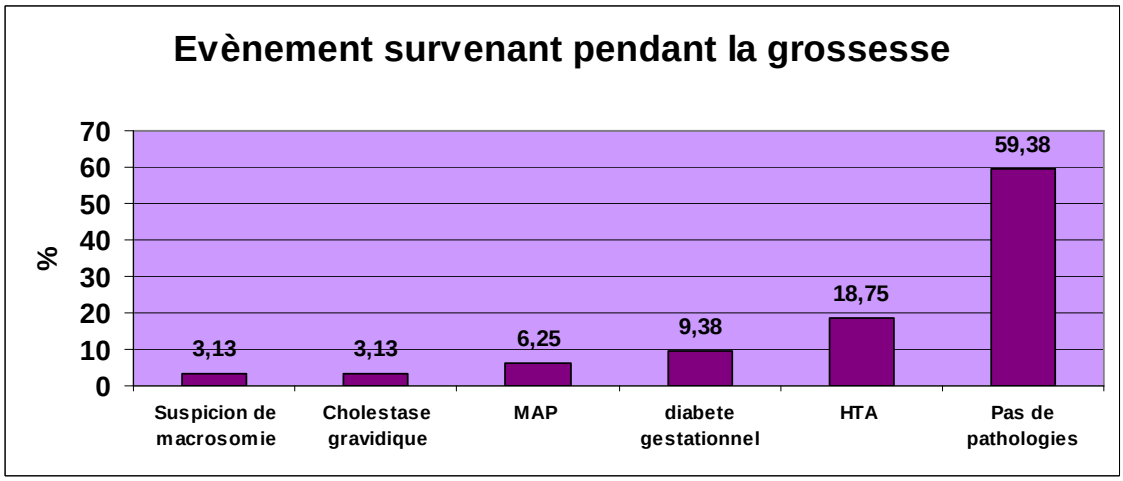
28% des femmes n'ont pas effectué l'EPI.

La préparation à la naissance et à la parentalité

Sur les 32 femmes de notre étude, 31 ont suivi les séances de préparation à la naissance. 26 femmes disent avoir suivi 6 séances ou plus.

2.1.4. Déroulement de la grossesse

Evénements au cours de la grossesse

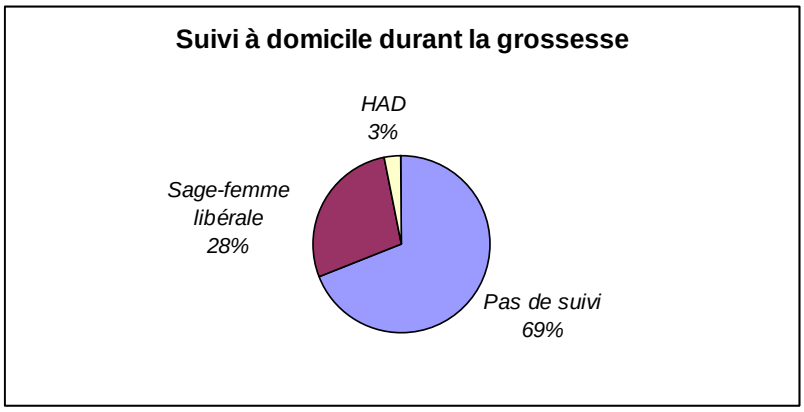


Dans 59,38% des grossesses, aucune pathologie ne s'est révélée. La pathologie la plus fréquente est l'HTA dans 18,75%.

Hospitalisation pendant la grossesse

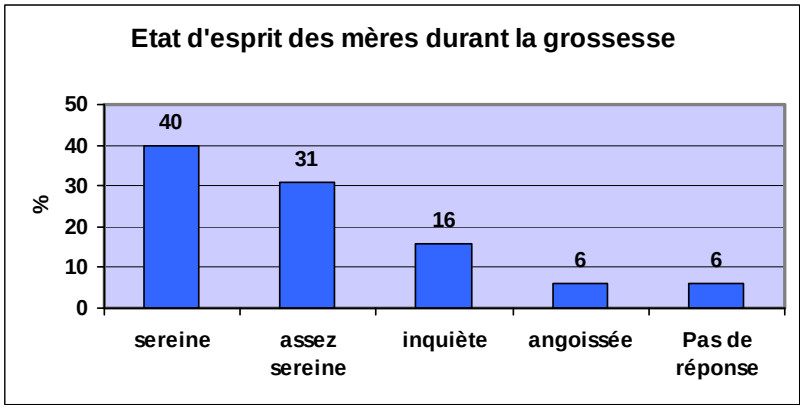
Cinq femmes ont été hospitalisées durant la grossesse. Les principales causes d'hospitalisation étaient le diabète gestationnel et la Menace d'Accouchement Prématurée (MAP). La durée moyenne d'hospitalisation est 4,2 jours.

Suivi à domicile durant la grossesse



69% des femmes n'ont pas eu de suivi à domicile au cours de la grossesse.

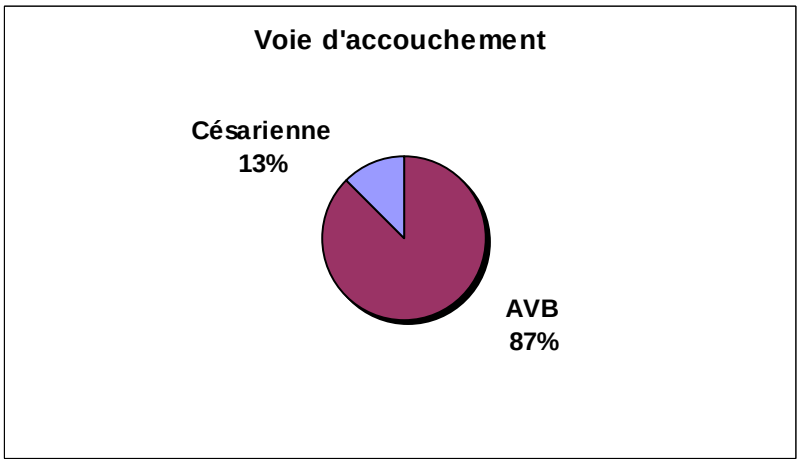
Etat d'esprit pendant la grossesse



La plupart des femmes sont sereines ou assez sereines durant la grossesse. 22% des femmes sont inquiètes ou angoissées.

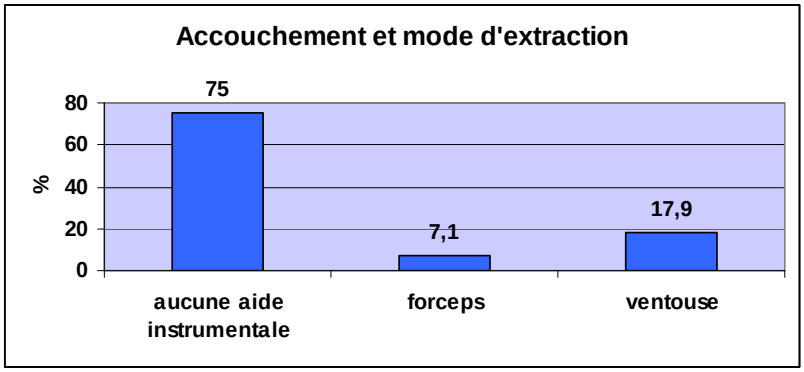
2.1.5. L'accouchement

Voie d'accouchement



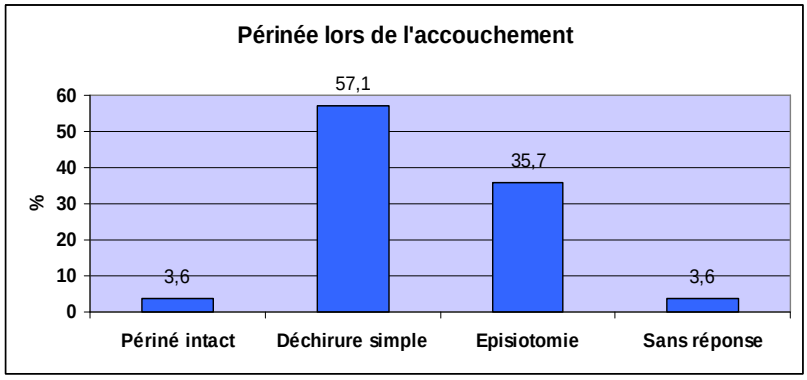
13% des femmes ont accouché par voie haute. Toutes les césariennes se sont déroulées en urgence.

Aide instrumentale



75% des femmes ayant accouché voie basse n'ont pas eu d'extraction instrumentale.

Périnée



92,8% des femmes ont une suture périnéale après l'accouchement.

Terme

Le terme moyen est 39,9 Semaines d'Aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 37 SA à 42 SA.

2.1.6. L'enfant

Sexe

56% des nouveau-nés sont de sexe masculin et 44% de sexe féminin.

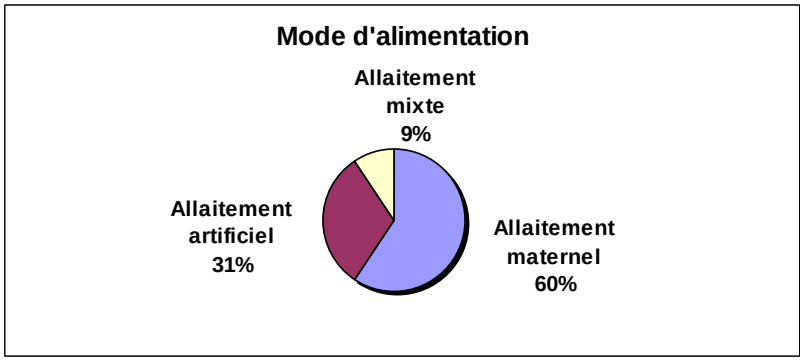
Poids à la naissance

Le poids moyen est 3317,5 grammes avec des extrêmes à 2300 g et 4780 g.

Hospitalisation en néonatologie

Un enfant a été hospitalisé en néonatologie pour hypotonie.

Alimentation du nouveau-né à la sortie



A la sortie, 60% des femmes allaitent exclusivement.

2.2. Description de la sortie et du suivi à domicile

2.2.1. La sortie

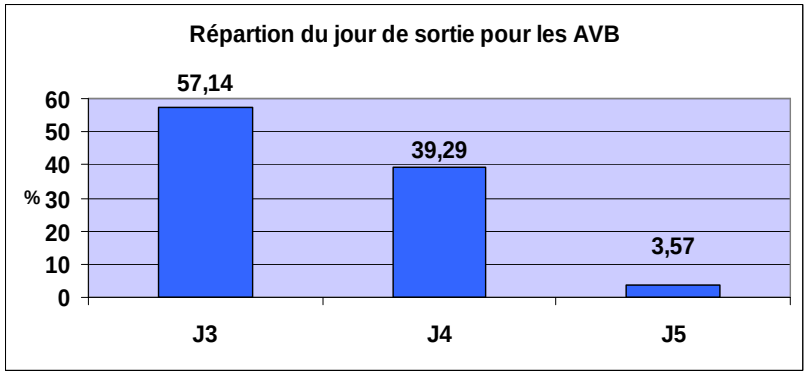
Toutes les patientes sont sorties de la maternité avec leur enfant.

Durée moyenne de séjour

Tableau : durée moyenne de séjour

Type d'accouchement	DMS
AVB	3,46
Césarienne	4,75
Moyenne	3,625

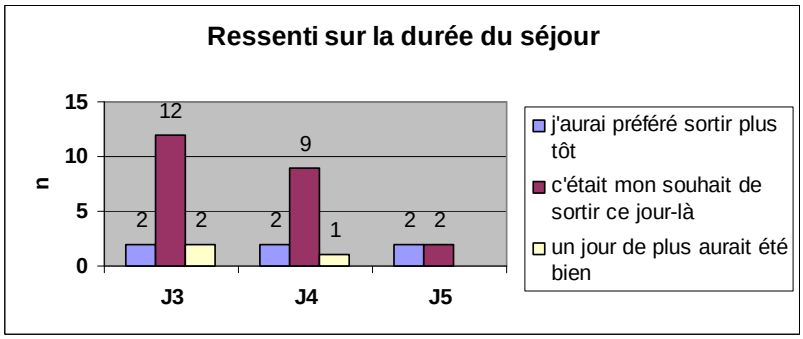
Sur les 28 patientes ayant accouché voie basse, aucune n'a bénéficié d'une sortie précoce. 1 patiente sur 4 ayant accouché par césarienne est sortie à J4.



La majorité des sorties se fait à J3.

Ressenti des mères sur la durée du séjour

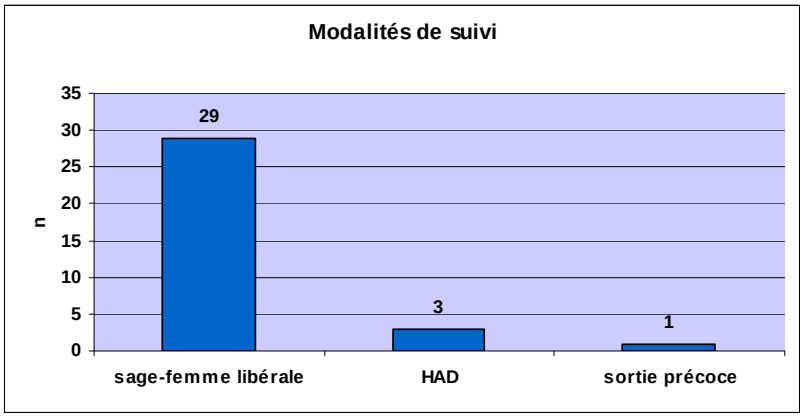
72% des femmes souhaitaient sortir ce jour-là, 19% aurait préféré sortir plus tôt et 9% aurait aimé rester plus longtemps.



Lors d'une sortie à J3, 12 femmes sur 16 sont satisfaites de sortir ce jour-là. 9 femmes sur 12 sont satisfaites lors d'une sortie à J4.

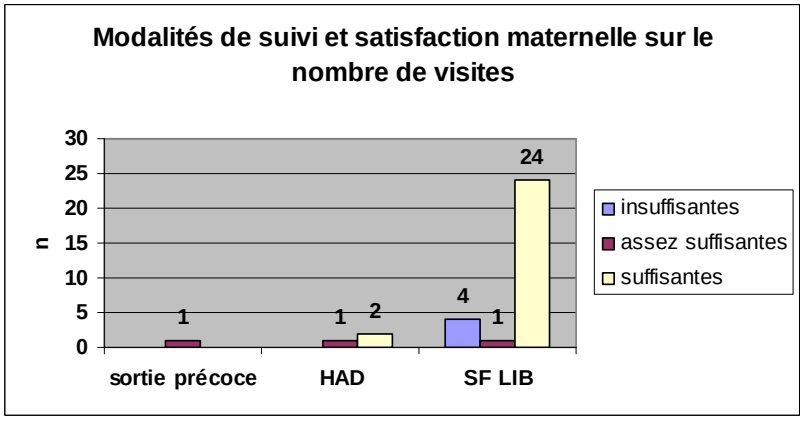
2.2.2. Le suivi à domicile

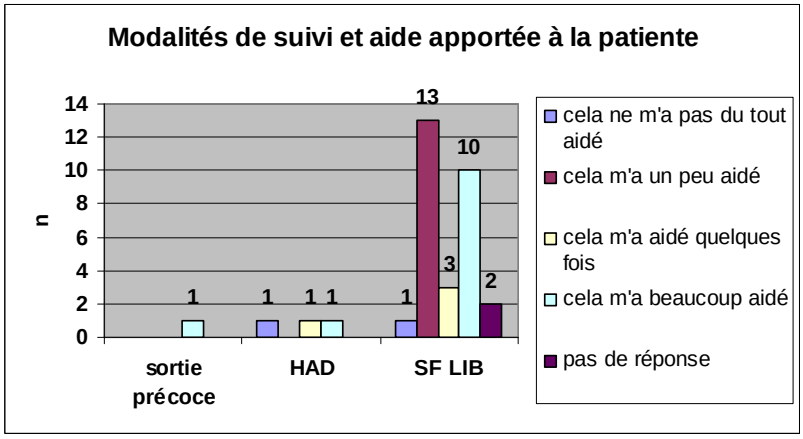
Modalités de suivi



L'HAD a représenté 9,38% des suivis à domicile. Sur les 3 HAD, 2 avaient pour raison médicale le traitement de l'anémie par supplémentation intra-veineuse de fer. Le

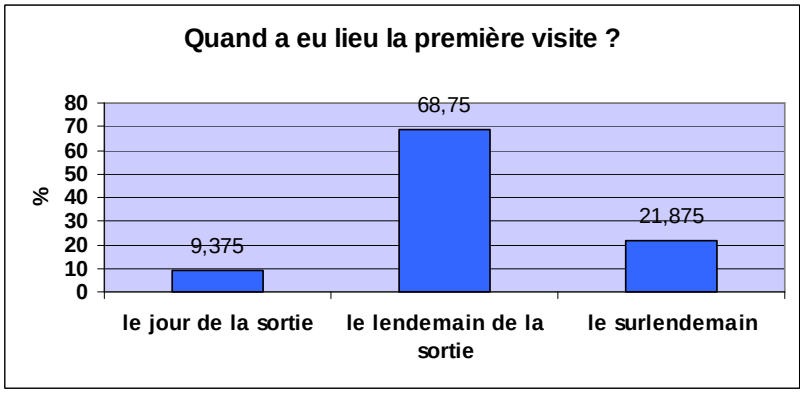
motif de la troisième HAD n'a pas été retrouvé mais elle concernait une sortie à J4 pour une césarienne. 2 HAD sur 3 étaient prescrites suite à un accouchement par césarienne.





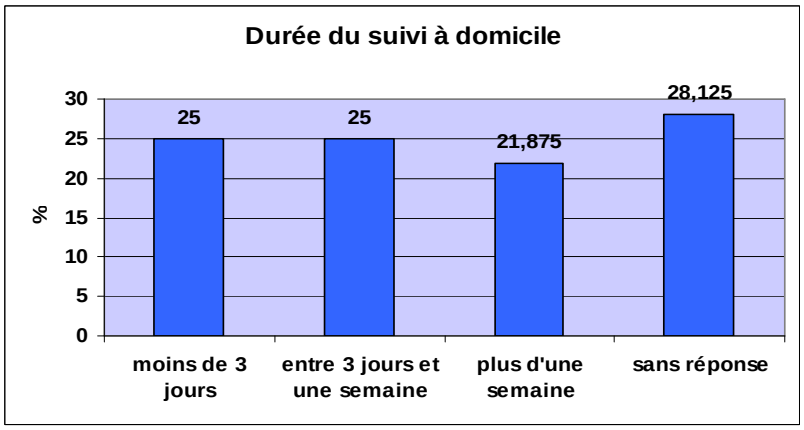
La modalité de suivi n'influence pas la satisfaction maternelle concernant le nombre de visites, ni l'aide apportée.

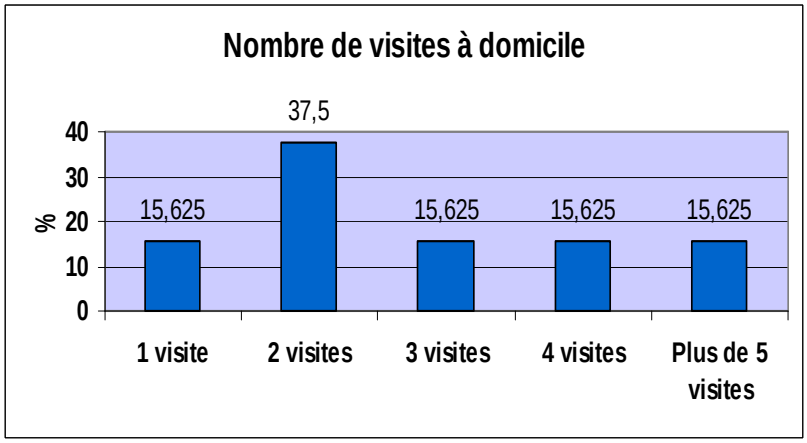
Première visite à domicile



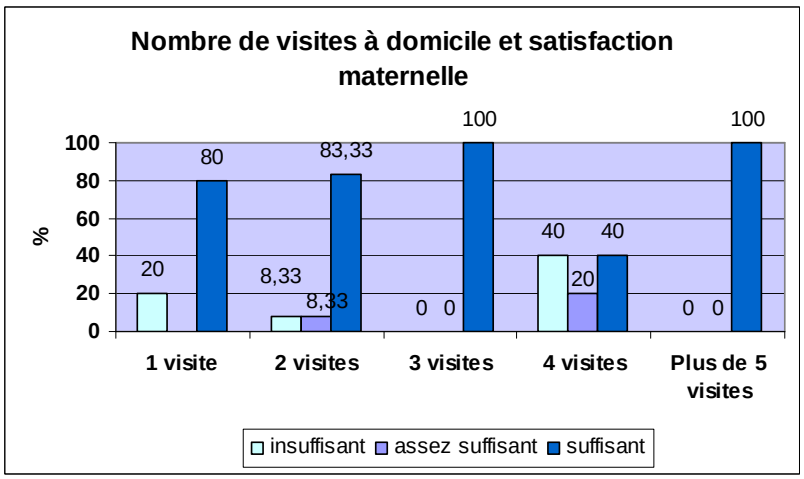
La première visite s'effectue principalement le lendemain de la sortie.

Durée du suivi à domicile et nombre de visites



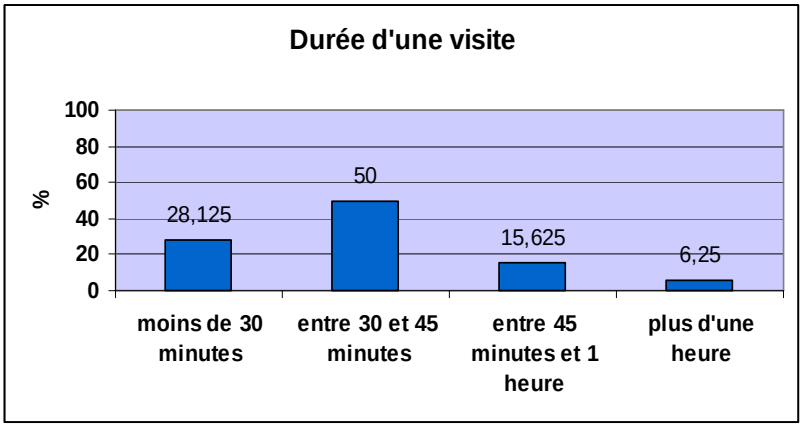


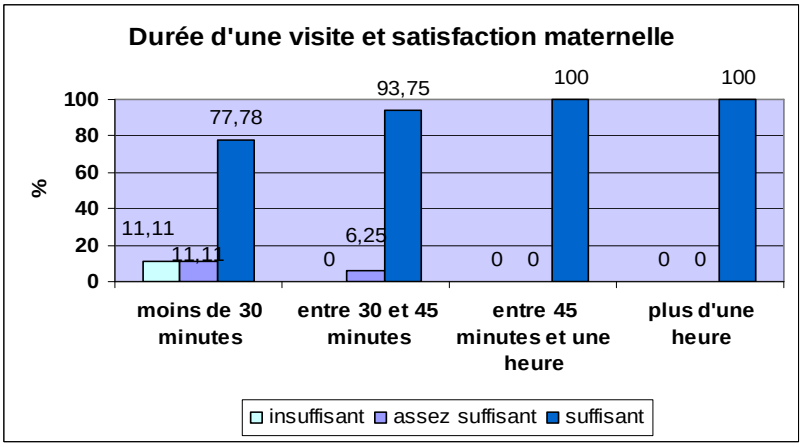
La durée du suivi est très variable. Dans 37,5% des cas, la sage-femme libérale effectue 2 visites.



Pour chaque nombre de visites, les femmes sont en majorité satisfaites, sauf lorsqu'il y a eu 4 visites, 40% trouvent le nombre insuffisant.

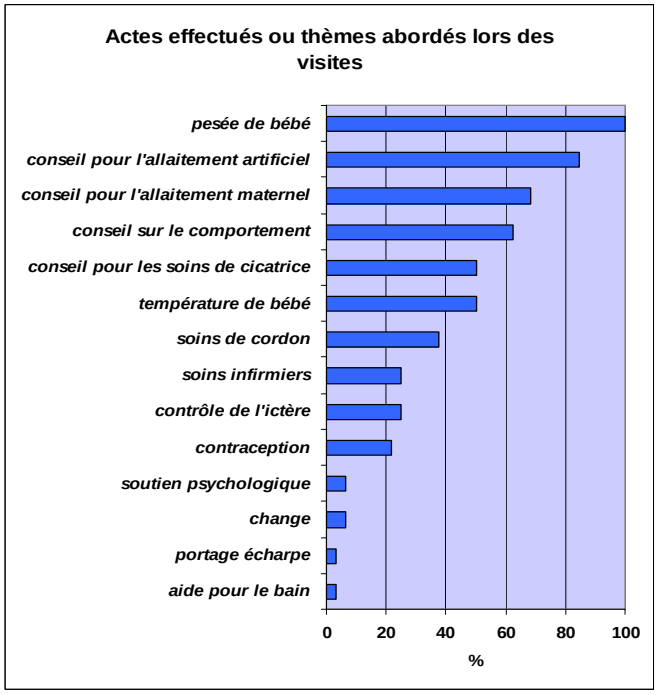
Durée des visites





La durée d'une visite est très variable. Les femmes sont majoritairement satisfaites de la durée d'une visite.

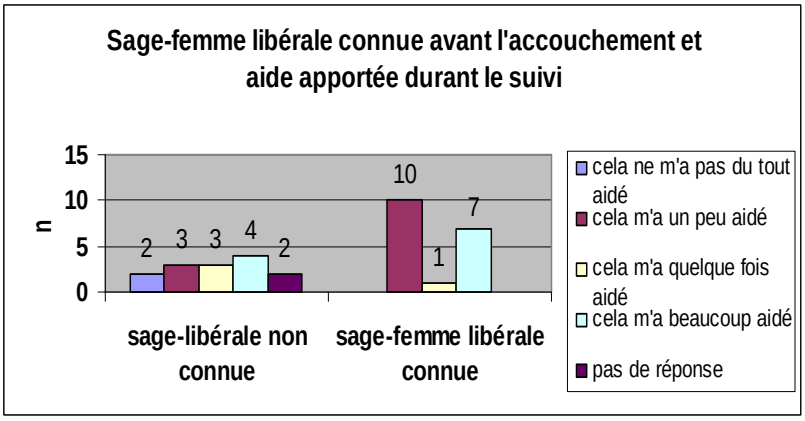
Actes effectués ou thèmes abordés lors des visites



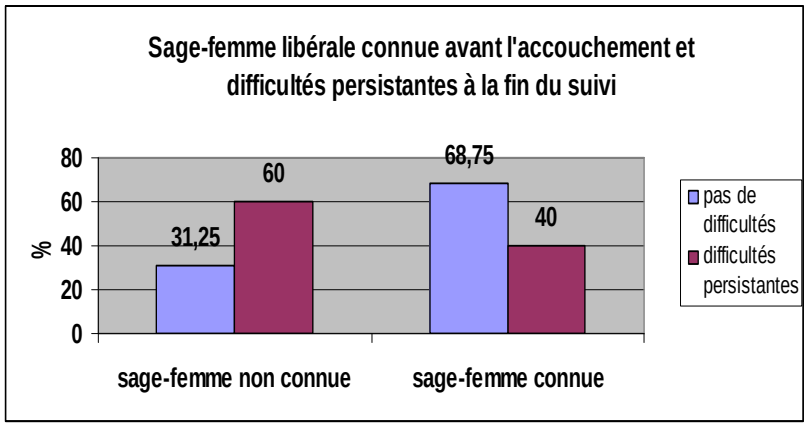
Les principaux actes effectués ou thèmes abordés sont la pesée du nouveau-né, les conseils pour l'allaitement artificiel et maternel, des conseils sur le comportement de l'enfant, des conseils pour les soins de cicatrices et le contrôle de la température du nouveau-né.

La sage-femme

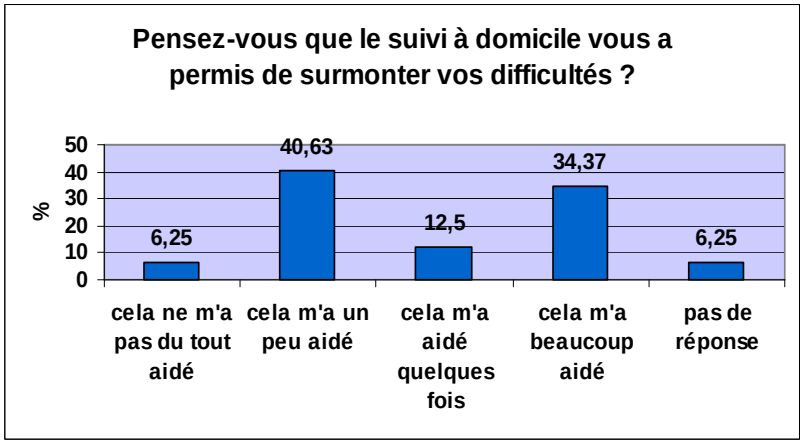
Dans 56% des cas, la sage-femme était déjà connue de la patiente avant l'accouchement. Pour les 3 HAD, la sage-femme n'était pas connue avant l'accouchement.



Le fait de connaître la sage-femme n'améliore pas forcément l'aide apportée durant le suivi.

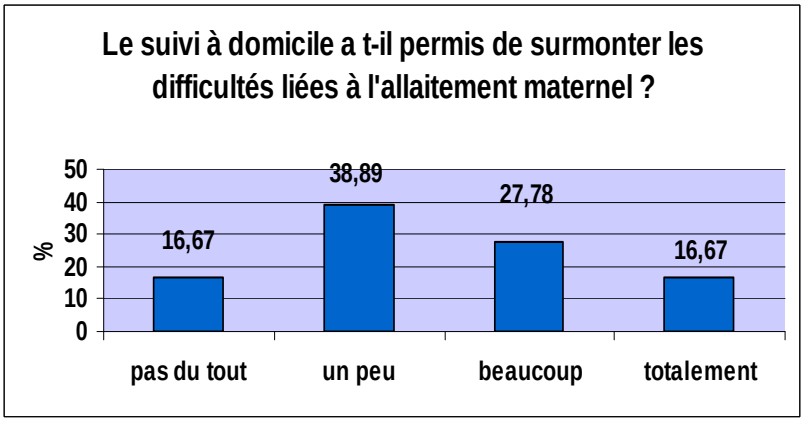


Cependant, les femmes éprouvent moins de difficultés persistantes lorsque la sage-femme était connue avant l'accouchement.



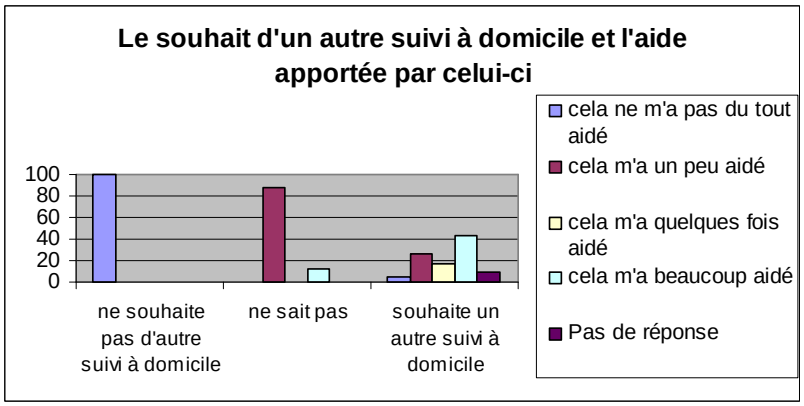
Pour 34% des femmes, la sage-femme les a beaucoup aidées à surmonter leurs difficultés.

<u>Sur les 18 femmes ayant rencontré des difficultés pour l'allaitement :</u>



Recours à une sage-femme libérale après un prochain accouchement

Recours à une sage-femme à domicile après un prochain accouchement	N
Oui	23
Non	1
Ne sait pas	8



Les femmes souhaitant un autre suivi ont ressenti plus ou moins d'aide apportée.

Consultations en parallèle

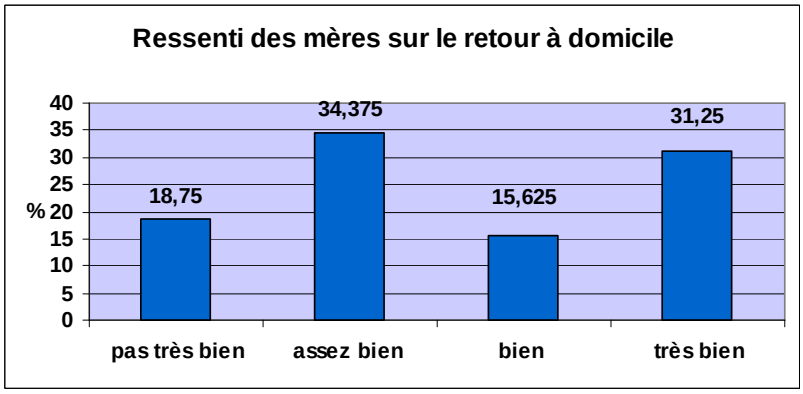
Durant le suivi à domicile, 2 femmes sur 32 ont consulté leur médecin généraliste ou gynécologue. Les motifs cités étaient l'hypertension artérielle et un problème thyroïdien. Une femme a consulté en urgence pour pertes de caillots et tranchées importantes. Une autre femme a été ré hospitalisée durant 1 semaine pour une endométrite 3 semaines après l'accouchement.

Il y a eu 2 consultations pédiatriques, une pour la visite du 1er mois, l'autre pour une visite de contrôle suite à une hypotonie à la naissance. Il n'y a pas eu de consultation pédiatrique en urgence, ni de ré-hospitalisation.

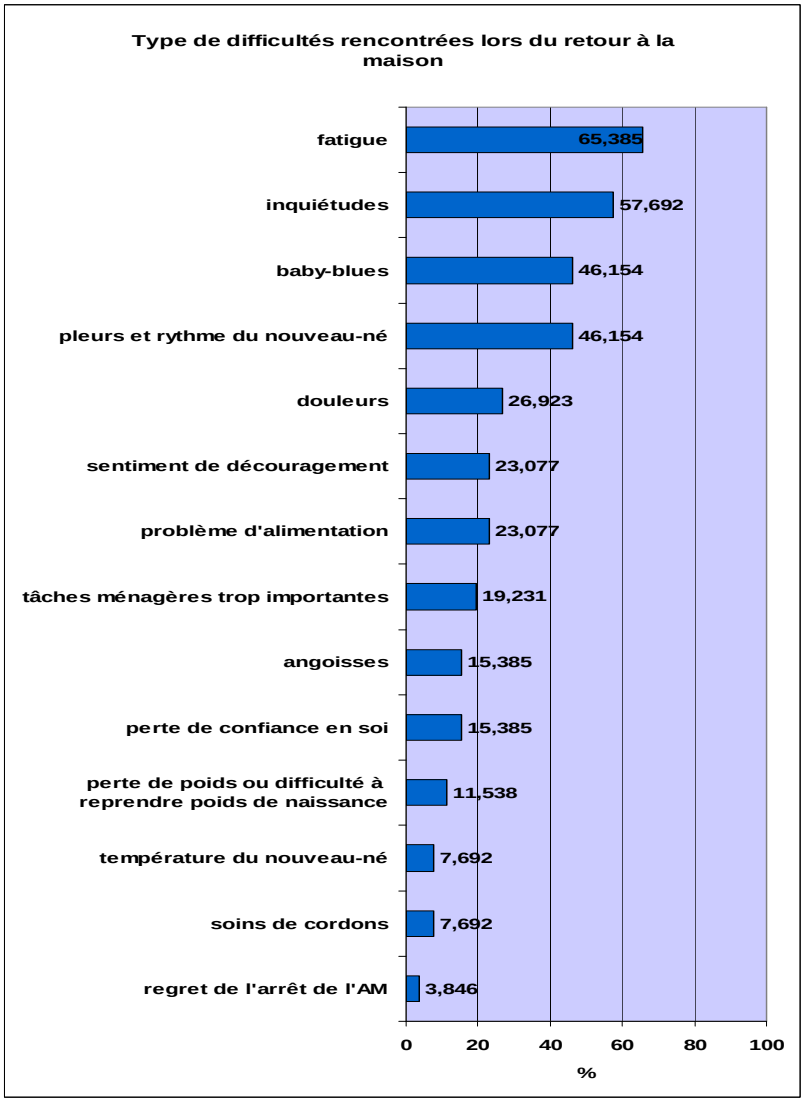
2.3. Description du retour à domicile

2.3.1. Ressenti des mères et difficultés durant le retour à domicile

Pour 18,75% des femmes, le retour à domicile ne se passe pas très bien.



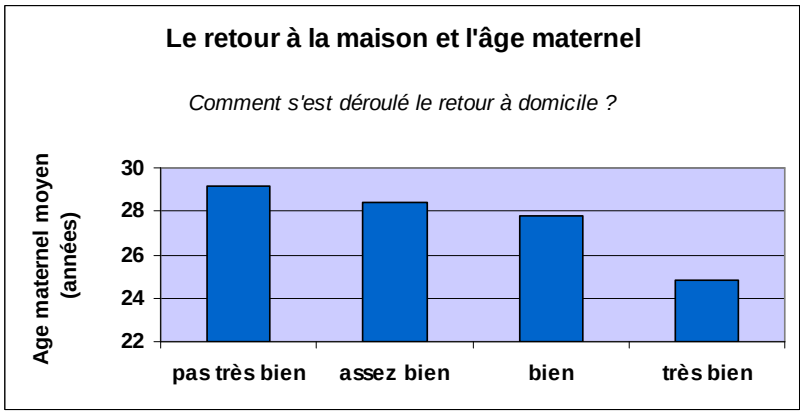
81% des femmes (26 femmes sur 32) ont rencontré des difficultés après la sortie de la maternité.



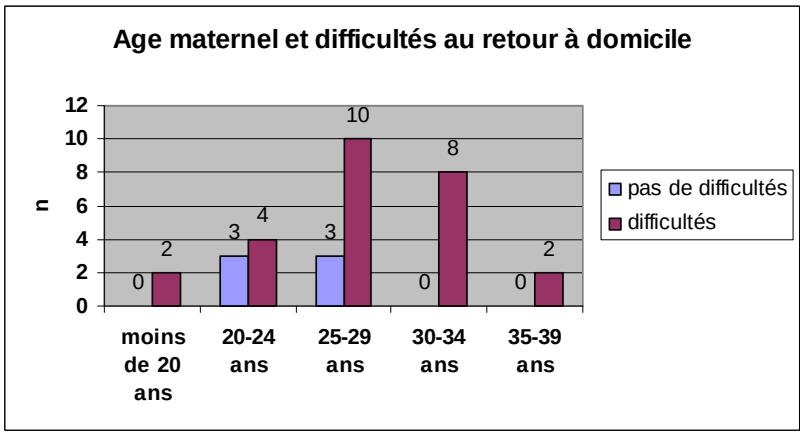
Les principales difficultés rencontrées au retour à domicile sont la fatigue, les inquiétudes, le baby-blues, les pleurs et rythmes du nouveau-né.

Facteurs influençant

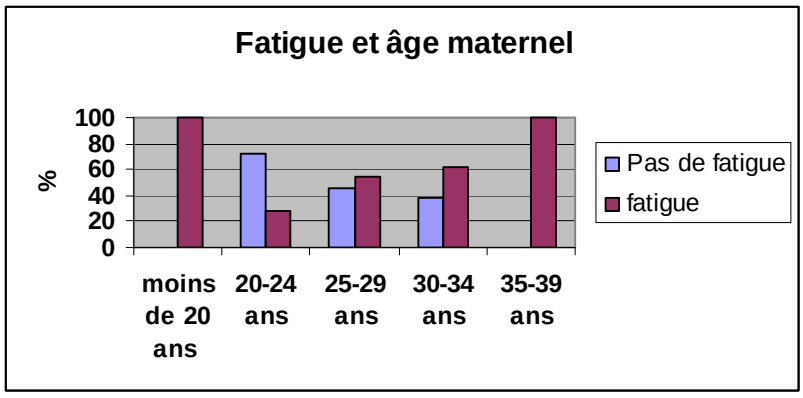
L'âge maternel



Plus l'âge maternel moyen diminue, mieux se passe le retour à domicile.

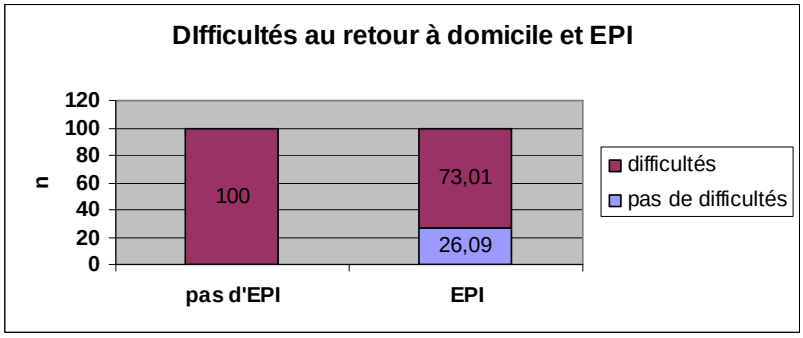


Les femmes ne ressentant pas de difficultés au retour à la maison ont toutes entre 20 et 29 ans.



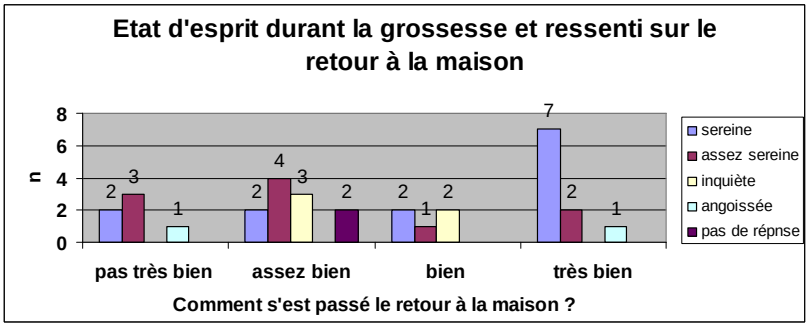
A partir de 20 ans, plus l'âge des femmes augmente, plus elles sont nombreuses à ressentir une fatigue au retour à domicile.

L'EPI



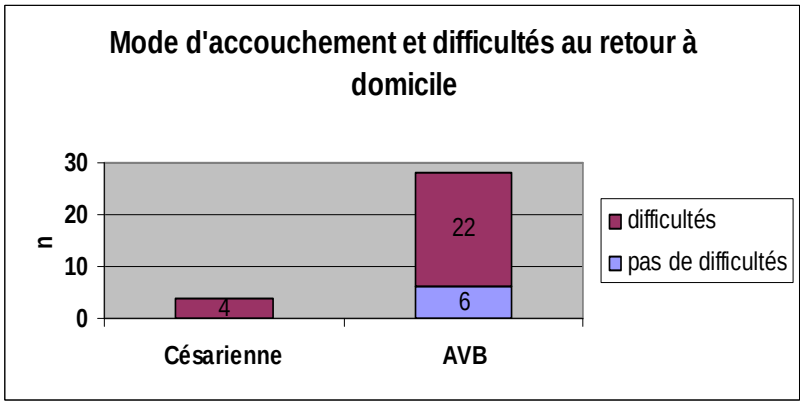
Toutes les femmes n'ayant pas bénéficié de l'EPI ont ressenti des difficultés lors du retour à domicile.

Etat d'esprit durant la grossesse



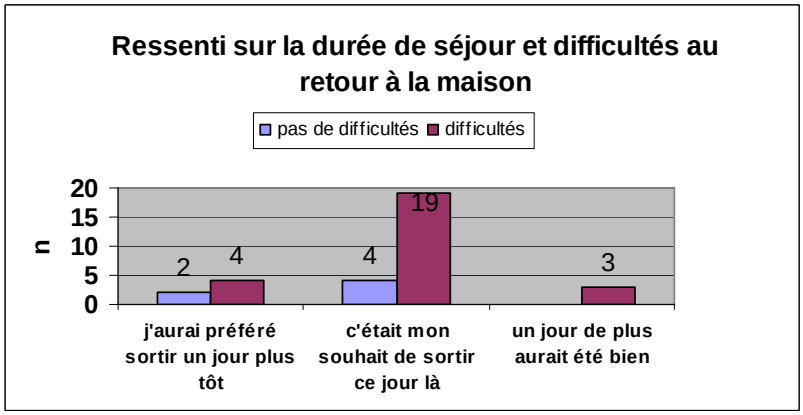
L'état d'esprit durant la grossesse n'influence pas particulièrement le ressenti des mères sur le retour à domicile.

Mode d'accouchement



Les femmes ayant accouché par césarienne ont toutes ressenti des difficultés au retour à domicile.

La durée du séjour et le ressenti des mères sur le retour à la maison

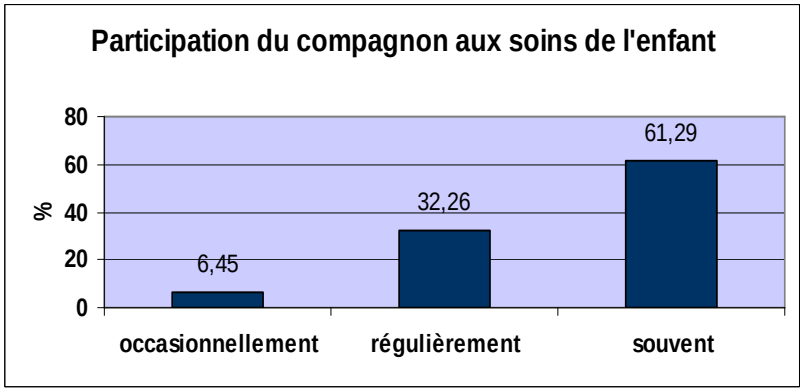


Les femmes souhaitant rester un jour de plus ont toutes eu des difficultés. 6 femmes sur 29 ayant choisi de sortir ce jour-là ou qui auraient souhaité sortir plus tôt ont eu des difficultés.

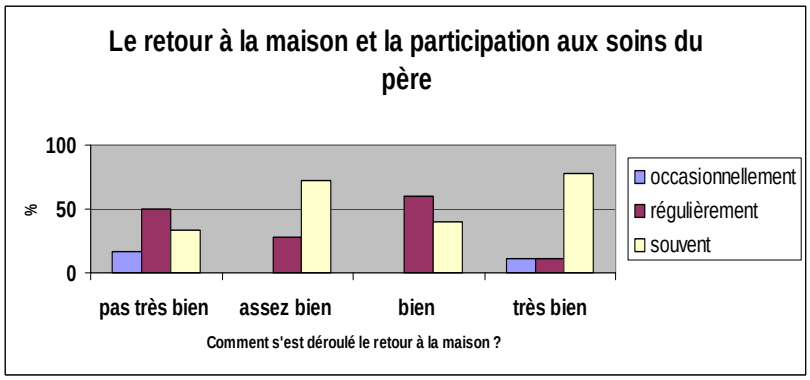
Présence du compagnon

Sur les 28 pères travaillant, 18 ont pu prendre un congé quand leur compagne est rentrée de la maternité (un sans réponse). Trois étaient sans emploi.

- 2 pères ont pris 3 jours de congés
- 4 pères ont pris 11 jours
- 2 pères ont pris 14 jours
- 3 pères ont pris 15 jours
- 1 père a pris 3 semaines
- 2 pères ont pris 4 semaines à 1 mois
- 2 pères ont pris plus d'un mois

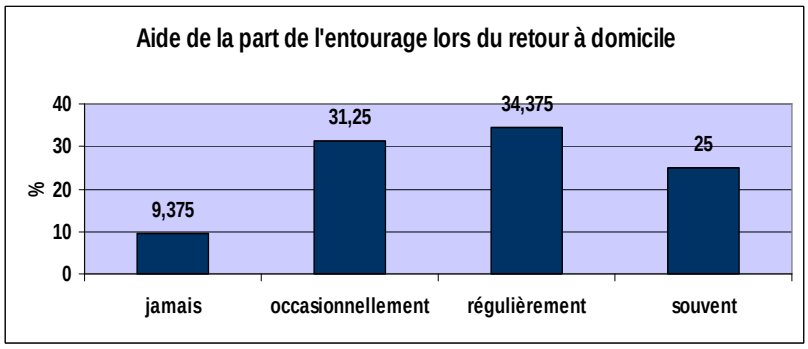


61,29% des compagnons participent souvent aux soins de l'enfant.

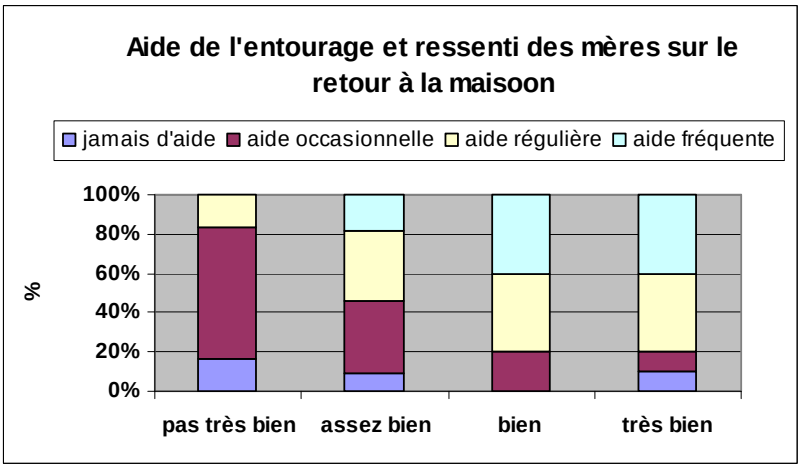


La présence du conjoint et sa participation aux soins de l'enfant n'influencent pas la survenue de difficultés, ni le ressenti des mères sur le retour à domicile.

Aide de l'entourage

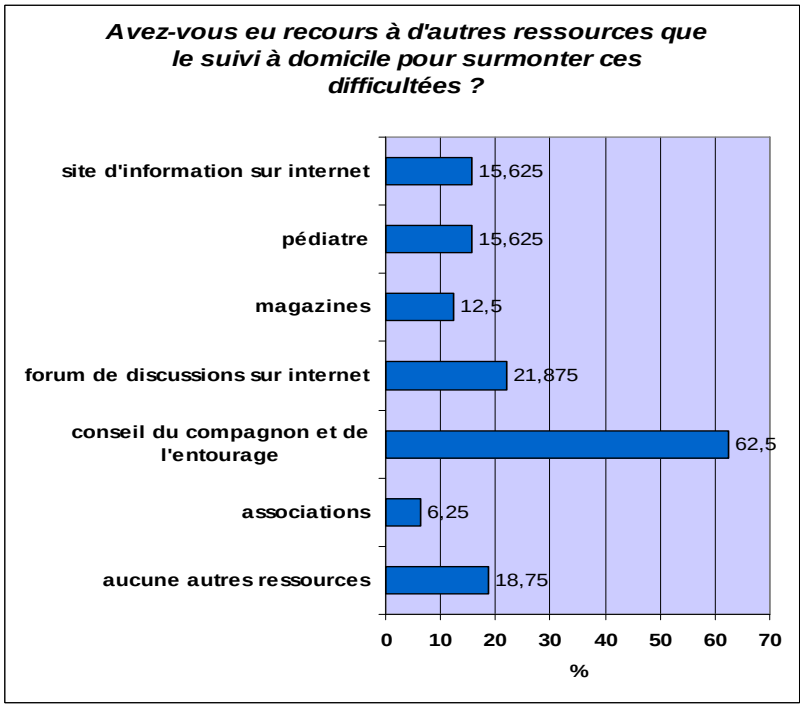


L'aide de l'entourage est très variable.



Il semble que le ressenti des mères sur le retour à domicile soit meilleur lorsqu'elles reçoivent de l'aide de l'entourage.

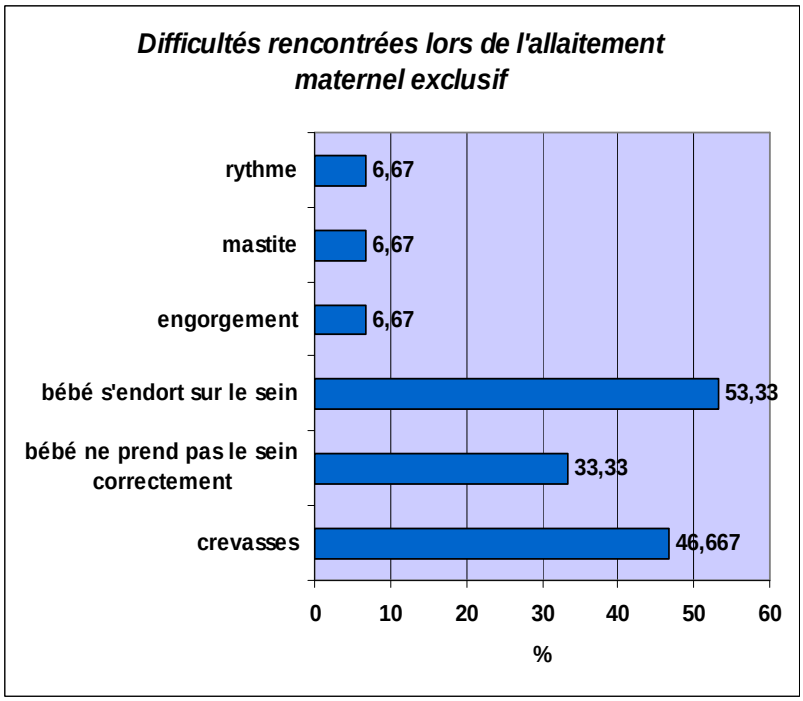
Les ressources complémentaires



Les conseils du compagnon et de l'entourage sont les principales ressources complémentaires.

Les difficultés relatives à l'allaitement maternel

Sur 19 femmes allaitant exclusivement, 15 ont rencontré des difficultés.



Sur les 19 femmes allaitant, 4 ont arrêté d'allaiter durant le suivi à domicile. Les difficultés rencontrées par la première femme étaient la mauvaise prise du sein et un nouveau-né qui s'endormait sur le sein. Cette femme pense que la sage-femme l'a beaucoup aidé à surmonter ces difficultés. La deuxième femme n'avait pas rencontré de difficultés particulières.

Les 2 autres femmes avaient un allaitement mixte. Les difficultés rencontrées étaient les crevasses, une mauvaise prise du sein pour une et un nouveau-né qui s'endormait sur le sein pour les deux.

Les difficultés après le suivi à domicile

15 femmes sur 32 disent connaître encore des difficultés à la fin du suivi. Les problèmes liés aux pleurs et rythme du nouveau-né sont les plus souvent cités.

Tableau : type de difficultés à l'arrêt du suivi à domicile

Difficultés	N
Pleurs et rythme du nouveau-né	7
Allaitement maternel	5
Fatigue	2
Perte de confiance en soi	3
Baby-blues	1
Anxiété	1

1 femme dit ressentir encore une fatigue, des inquiétudes, un baby-blues, une perte de confiance en soi, 8 jours après la naissance.

Une autre femme, 14 jours après la naissance est anxieuse et manque de confiance en elle.

Partie 3

Discussions et propositions

1. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

1.1. Analyse de la population

1.1.1. L'âge maternel

Dans notre étude, l'âge moyen des mères était de 27,31 ans. Il reflète bien l'âge moyen de la population métropolitaine à la première maternité qui est de 27,5 ans[32] selon l'Enquête Nationale Périnatale 2010 (ENP 2010).

1.1.2. La situation familiale et le conjoint

Les femmes de notre étude étaient majoritairement en couple (98%) lors de leur premier accouchement. On a donc une population qui a moins de risque d'éprouver de la solitude même s'il n'est pas nul. Cependant, les femmes mariées ne représentaient que 40 ,63% des femmes. Toutefois, 15,62% étaient engagées par le Pacte Civil de Solidarité (PACS). Cela représente bien l'évolution de la société, le nombre de couples mariés baisse, l'âge moyen au premier mariage augmente, ainsi que le nombre de couples pacsés[33].

Les conjoints étaient en moyenne plus âgés que leur compagne de 2,24 ans.

1.1.3. La situation professionnelle

La majorité des femmes (65,625%) et des conjoints (71,875%) avaient un Contrat à Durée Indéterminée (CDI). Cependant 15,625% des femmes étaient à la recherche d'un emploi.

1.1.4. Déroulement et suivi de la grossesse

50% des femmes ont été suivie par une sage-femme de la MRUN durant la grossesse. Les 12,5% des femmes suivies par une sage-femme libérale ont toutes été suivies par un gynécologue obstétricien. Selon l'ENP 2010, 39,4% des grossesses seraient suivies par une sage-femme de maternité et 15,6% par une sage-femme libérale.

---

[32] DREES. La Situation périnatale en France en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf [consulté le 18 novembre 2011]

[33] INSEE. *Les couples adoptent le Pacs.* [En ligne] 2010. Disponible sur http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=9&ref_id=15902 [consulté le 17 novembre 2011]

Dans notre étude, 72% des femmes ont bénéficié d'un EPI. La proportion est très importante car l'ENP 2010 estime que seulement 30% des primipares en bénéficieraient.

96,9% des femmes interrogées ont assisté à des séances de préparation à la naissance. L'ENP 2010 estime que 73,2% des primipares y ont participé.

Dans 59,38% des cas, la grossesse n'a pas présenté de complications. 28% ont nécessité une surveillance à domicile par une sage-femme libérale et 3% une HAD. Plus de la moitié des grossesses se sont donc déroulées physiologiquement.

1.1.5. Accouchement

La proportion d'accouchements voie haute dans notre étude (13%) est inférieure à celle de 21% estimée par l'ENP 2010. Plusieurs hypothèses peuvent être émises. Tout d'abord, les critères d'exclusions de l'étude (grossesses multiples, enfant hospitalisé après la sortie de la mère, prématurité) ont pu écarter certaines grossesses et accouchement pathologiques. D'autre part, il se peut que les femmes césarisées, sortant plus tard, bénéficient moins d'un accompagnement à domicile et n'ont donc pas été incluses dans notre étude.

1.1.6. L'enfant

Le terme moyen de naissance était de 39,9 SA (de 37 à 42 SA) et le poids moyen de 3317,5 grammes. Il n'y a eu qu'une seule hospitalisation en néonatalogie et tous les nouveau-nés sont sortis de la maternité en même temps que leur mère. On peut donc supposer que les nouveau-nés étaient globalement en bonne santé.

Les taux d'allaitement maternel exclusif (60%) et mixte (9%) sont les mêmes que ceux donnés par l'ENP 2010.

1.2. La durée de séjour

1.2.1. La durée moyenne de séjour

La DMS de notre étude est de 3,46 jours pour un AVB et 4,45 pour une césarienne. Rappelons que les chiffres de 2004 étaient nettement supérieurs : 4,59 jours

pour un AVB et 7,09 pour une césarienne[34]. Pour l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), elle s'élevait à 4,4 jours en 2007 pour AVB. Cependant, la DMS de notre étude ne correspond qu'aux patientes primipares ayant bénéficié d'un accompagnement à domicile. Les patientes n'ayant pas bénéficié de cet accompagnement ont pu sortir plus tard.

Toutefois, on remarque la tendance actuelle à la diminution de la durée du séjour. La MRUN n'est donc pas épargnée et notre étude se justifie donc pleinement.

1.2.2. Les sortie précoces

Sur les 32 questionnaires étudiés, une seule patiente est sortie précocement selon la définition de l'HAS. Elle a bénéficié d'une HAD à J4 après une césarienne, son souhait étant de sortir rapidement. Cependant, cet effectif est trop petit pour pouvoir exploiter ces résultats.

Les sorties précoces ne semblent pas être si fréquentes pour les primipares. En effet, l'HAS recommande que la mère ait suffisamment confiance en elle et qu'elle soit autonome pour prodiguer les soins au nouveau-né. Les difficultés qu'elles ont ressenti à leur sortie montre bien que cette modalité de sortie ne convient qu'à certaines mères demandeuses.

1.2.3. Durée du séjour et satisfaction maternelle

Dans notre étude, 72% des femmes étaient satisfaites de la durée du séjour mais 9% auraient préféré rester une journée de plus. Le souhait des patientes sur le jour de sortie est donc généralement respecté.

Cependant, 19% d'entre elles auraient souhaité un retour au domicile plus tôt. La volonté des femmes est donc de sortir assez rapidement de la maternité, même après un premier accouchement.

[34] PARETS, S. *Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.* [En ligne]. Thèse de médecine. Université Paris XI faculté de Médecine Paris sud, 2010, p 9. Disponible sur www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Parets.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

1.3. Le suivi à domicile

1.3.1. Modalités de suivi

L'HAD n'a représenté que 9,38% des accompagnements à domicile. Les femmes bénéficient d'une prise en charge en HAD lorsque le post-partum est pathologique, ce qui pourrait expliquer cette faible proportion.

Une femme sortie précocement a bénéficié d'une HAD ; cependant la raison médicale n'a pu être retrouvée. On peut supposer que le motif serait la sortie précoce à J4 après une césarienne.

L'accompagnement par une sage-femme libérale représente donc la majorité des suivis à domicile.

La satisfaction maternelle en fonction des modalités de suivi

D'après les résultats de notre étude, la modalité de suivi n'a pas influencé la satisfaction maternelle, répondant ainsi à notre deuxième hypothèse. Cependant, le nombre de patientes ayant bénéficié d'une HAD est trop faible pour pouvoir généraliser à l'ensemble de la population.

1.3.2. Les visites

La première visite a majoritairement eu lieu le lendemain du retour à domicile. Elle permet de prendre contact avec la patiente et son nouveau-né, ainsi que de poursuivre le suivi médical jusque-là journalier. Elle permet de mettre en évidence les facteurs de risque du couple mère-enfant et de connaître leurs besoins.

La durée du suivi et le nombre de visites ont été très variables d'une patiente à l'autre. La période s'étendait de moins de 3 jours à plus d'une semaine et d'une seule visite à plus de 5 visites. Le temps de présence de la sage-femme est également fluctuant, de moins de 30 minutes à plus d'une heure dans certains cas. L'accompagnement à domicile s'adapte donc en fonction des besoins de la patiente et de son nouveau-né. De plus, quelque soit la prise en charge, longue ou courte, les femmes ont, la plupart du temps, apprécié la durée du suivi. La satisfaction maternelle est donc en lien avec la personnalisation du suivi, ce qui répond à notre troisième hypothèse.

1.3.3. Les actes effectués ou les thèmes abordés

Du côté maternel

Les principaux thèmes abordés du côté maternel lors des visites étaient les conseils pour les soins de cicatrice (50%) et pour la contraception (21,875%). Les patientes portent un intérêt particulier à la cicatrisation de leur épisiotomie ou de leur déchirure périnéale. Les douleurs qu'elles peuvent générer sont gênantes. Parfois, elles empêchent la reprise des rapports sexuels. Il est du rôle de la sage-femme de conseiller la femme sur les soins périnéaux, de la rassurer en abordant le sujet de la sexualité.

Dans cette période rivée sur l'enfant, évoquer le thème de la contraception est un moyen de rappeler que malgré leur maternité, elles n'ont pas perdu leur statut de femme, point important pour certaines d'entres elles.

Du côté de l'enfant

La surveillance médicale de l'enfant nécessite un examen somatique et neurologique afin d'évaluer son état général (alimentation, élimination, fonction cardio-respiratoire…)

Tous les nouveau-nés ont été pesés au moins une fois. La courbe de poids est en effet un critère majeur de santé de l'enfant. Cet acte est également important pour permettre à certaines mères, qui manquent de confiance en elle, de retrouver de l'assurance.

Les conseils pour l'alimentation étaient un point essentiel de la consultation. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les conseils pour l'allaitement artificiel ont été plus fréquents (84,61%) que ceux pour l'allaitement maternel (68,18%). Cela peut montrer que les femmes allaitant ont été plutôt bien accompagnées durant leur séjour. Selon l'ENP 2010, la plupart des maternités ont formé la majorité du personnel, puisque l'allaitement maternel fait parti des objectifs du Plan National Nutrition Santé. 6 maternités sur 10 disposent d'une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service.

Cependant, lors des visites, la question sur l'alimentation au sein reste encore un sujet fréquent. En effet, lors d'une sortie à J3, la mise en place de la lactation n'est que très récente ou bien en cours. L'accompagnement et le soutien sont alors nécessaires.

Dans 62,5% des cas, la sage-femme a apporté des conseils sur le comportement de l'enfant.

Les thèmes abordés concernent le plus souvent le nouveau-né : poids, alimentation, comportement, température, soins de cordon. Ils montrent bien la préoccupation maternelle primaire définit par D. WINNICOT où la plupart des pensées maternelles se tournent vers le nouveau-né.

Ils permettent également d'accompagner la mère dans son nouveau-rôle grâce aux conseils de la sage-femme mais surtout grâce à sa réassurance. Cependant, les plaintes successives maternelles et régulières peuvent être le signe d'une anxiété.

1.3.4. La sage-femme

Dans 56% des cas, la patiente connaissait la sage-femme avant l'accouchement. Dans cette situation, le contexte médical, psychologique et social de la patiente est connu et d'éventuelles difficultés auront pu être anticipées. De plus, la patiente est plus en confiance pour évoquer certains ennuis et accepter une personne extérieure dans son espace privé : son domicile. Paradoxalement, dans notre étude, le fait de connaître la sage-femme n'a pas augmenté la perception de l'aide reçue. Cependant, il semblerait que les femmes ont connu moins de difficultés persistantes à la fin du suivi, lorsque la sage-femme était connue avant l'accouchement. La rencontre avec la sage-femme durant la grossesse est donc un élément à ne pas négliger. Il pourrait limiter la survenue de difficultés et donc diminuer la durée du suivi, tout en conservant un accompagnement de qualité.

Pour les 3 HAD, la sage-femme n'était pas connue. Cela peut se justifier par le fait que l'HADAN ne collabore pas avec toutes les sages-femmes du secteur. Toutefois, cette raison ne peut être la seule mise en cause du fait du petit effectif des femmes ayant bénéficié d'une HAD.

1.3.5. Aide apportée par le suivi à domicile

Selon les femmes, le suivi à domicile les a plus ou moins aidées à surmonter leurs difficultés. 46,47% des femmes interrogées ont jugé que le suivi à domicile les a quelques fois ou beaucoup aidées. Toutefois, seulement 6,25% d'entres-elles ont estimé qu'il n'avait apporté aucune contribution. L'accompagnement par une sage-femme libérale a donc été bénéfique pour la majorité s'il a pu les aider à surmonter au moins une difficulté. De plus, sans suivi, d'autres difficultés auraient peut-être pu apparaître.

De plus, la sage-femme ne peut apporter une aide totale pour les difficultés comme la fatigue et les tâches ménagères trop importantes. Elle ne peut que conseiller du repos et la venue d'une aide-ménagère.

1.3.6. Projet pour le prochain accouchement

La plupart des femmes semblaient satisfaites de cet accompagnement puisque 23 mères sur 32 souhaiteraient en bénéficier à nouveau après un prochain accouchement.

Cependant, 8 patientes ne savaient pas si elles désireraient un autre suivi à domicile. Pour 87,5% d'entres elles, le suivi les a peu aidées à surmonter leurs difficultés Une femme ne souhaite pas avoir recours de nouveau à une sage-femme libérale. Pour cette dernière, ce suivi ne lui a rien apporté, d'autant plus que le retour à la maison s'était très bien déroulé.

La majorité des femmes ont donc eu besoin de ce suivi et en auront encore besoin lors de la naissance du second enfant. Malgré des gestes acquis pour les soins du nouveau-né, l'accompagnement leur semble nécessaire. Plus qu'un cours de puériculture, le suivi à domicile est un soutien pour la mère, aidant à la construction de la relation mère-enfant.

Toutefois, le suivi à domicile ne permet pas de lever toutes les difficultés maternelles. L'arrivée d'un enfant reste tout de même un grand bouleversement dans la vie d'une femme. Certaines femmes ont besoin d'un accompagnement plus discret. C'est pour cela que l'accompagnement par une sage-femme libérale ne doit pas être imposé à tous les couples mères-enfant, mais doit bien s'adapter en fonction des besoins, de la demande, mais également de la durée du séjour. En effet, l'accompagnement à domicile reste avant tout un suivi médical nécessaire au dépistage des complications maternelles ou néonatales à révélation plus tardives.

1.3.7. Consultations en parallèles

Une femme ayant bénéficié d'un accompagnement simple par une sage-femme libérale a eu une complication infectieuse après un AVB. Cependant, une hospitalisation plus longue n'aurait pas permis de l'éviter puisqu'elle est survenue 3 semaines après l'accouchement.

Il n'y a eu aucune consultation en urgence ou ré hospitalisation néonatale pour ictère, pour problèmes alimentaires ou infectieux. Dans cette étude, les séjours plus courts n'ont pas augmentés la survenue de pathologies néonatales. L'effectif est

toutefois trop petit pour pouvoir généraliser à l'ensemble de la population. De plus, le risque est surtout augmenté pour les sorties avant 48 heures, qui n'ont pas été observées durant cette étude.

1.4. Le retour à la maison : difficultés et soutien

Le retour à domicile après un premier accouchement reste une période délicate pour certaines mères. En effet, il s'est assez bien passé pour 34% des primipares et il s'est moins bien passé pour 18,75%. Comme il a été vu dans la première partie, le post-partum est une période de changements tant physiques, que sociaux. Au total, 81% des femmes ont rencontré des difficultés après leur sortie, répondant ainsi à notre première hypothèse. La fatigue, les inquiétudes maternelles et le baby-blues étaient les principales rencontrées. Le soutien et l'accompagnement lors du retour à domicile sont donc nécessaires pour ces femmes dont c'est la première expérience de maternité. Elles nécessitent un suivi attentif et particulier. Certains facteurs favorisent-ils l'apparition des difficultés que la plupart des femmes ressentent ?

D'après notre étude, il semblerait qu'après 20 ans, plus l'âge moyen des mères augmente, plus elles sont nombreuses à ressentir des difficultés. La tranche des femmes de 20-29 ans en aurait moins rencontré. Par exemple, on retrouve plus de fatigue chez les femmes plus âgées. Cela montre bien qu'en plus des risques accentués par l'âge maternel, une grossesse chez une patiente plus âgée est plus fatigante avec des répercussions en post-natal. Les moins de 20 ans restent une population plus fragile car elles ont toutes ressenti des difficultés.

La participation à l'EPI aurait influencé le déroulement du retour à domicile. En effet, toutes les femmes n'ayant pas bénéficié de l'EPI ont rencontré des difficultés. L'EPI est l'occasion d'aborder les modalités de sortie de la maternité, et d'organiser une sortie anticipée. C'est peut-être la raison pour laquelle, les femmes en ayant bénéficié ont rencontré moins de difficultés.

Le mode d'accouchement aurait également influencé la survenue de difficultés à la maison. Effectivement, toute les patientes césarisées en ont en ressenti à leur retour. La fatigue n'est pas intervenue comme facteur influençant.

Concernant la durée de séjour, on constate que toutes les patientes qui souhaitaient rester un jour de plus à la maternité ont ressenti des difficultés. Par, conséquent, il est important de repérer lors de l'hospitalisation, les femmes qui ont

besoin d'un séjour plus long et d'essayer au mieux de respecter leur demande. Néanmoins, choisir le jour de leur sortie ne leur a pas empêché d'éprouver des difficultés.

L'état d'esprit durant la grossesse n'aurait pas influencé le déroulement du retour à domicile, contrairement à l'hypothèse de départ où l'on supposait que les femmes ayant connu des difficultés psychologiques pendant la grossesse rencontreraient plus de troubles en post-partum. Les femmes angoissées ou inquiètes durant leur grossesse n'ont pas ressenti plus de difficultés après leur accouchement. Une étude sur un échantillon plus conséquent serait intéressante afin d'étudier plus précisément ce facteur.

1.4.1. Les soutiens

Le compagnon et l'entourage

La présence du compagnon et sa participation aux soins de l'enfant n'ont pas influencé le déroulement du retour à domicile. Pour autant, les conseils du compagnon et de l'entourage ont été une ressource pour 62,5% des femmes afin de surmonter ces difficultés. La présence de l'entourage a amélioré le retour à domicile grâce à l'aide et aux conseils apportés. Comme il a été vu précédemment, la fatigue est la première difficulté qu'éprouvent les femmes en rentrant chez elle. L'aide de l'entourage pour les taches ménagères est donc précieux pour elles. Cette étude permet également de mieux comprendre le rôle du compagnon, qui est plus tourné vers le soutien et la réassurance maternelle que vers la participation aux soins de l'enfant.

L'allaitement maternel

Lors des visites, l'accompagnement de l'allaitement maternel est une des principales attentes des femmes. Certaines choisissent même une sage-femme consultante en lactation pour effectuer le suivi.

Durant notre étude, 18 femmes sur 22 allaitant ont rencontré des difficultés concernant l'allaitement maternel. Les principales étaient un enfant qui s'endormait sur le sein et les crevasses. Il est important pour la sage-femme d'aider au mieux les femmes à les surmonter car la douleur provoquée ou la baisse de production due à la stimulation insuffisante peuvent être la cause de l'arrêt.

De plus, la réussite de l'allaitement maternel représente pour certaines femmes l'enjeu principal, puisque consciemment ou inconsciemment, il reflète leur capacité à être « une bonne mère ».

L'étude montre qu'il n'est pas évident d'aider totalement les femmes. Il est vrai que les sages-femmes libérales ne peuvent observer toutes les tétées. Leur charge de travail et leur rémunération ne leur permettent pas d'observer la tétée entière pour chaque patiente. Il est donc nécessaire de cibler les besoins des patientes, de dépister et corriger rapidement les problèmes.

Les difficultés persistantes après le suivi à domicile

15 femmes sur 32 disent toujours éprouver des difficultés à la fin du suivi. Les pleurs et le rythme du nouveau-né, ainsi que l'allaitement maternel sont les causes les plus cités et prennent le dessus sur la fatigue qui passe au second plan. Les cris entraînent chez la mère de la compassion et celle-ci recherche le moyen d'apaiser cet enfant. Lorsqu'elle se trouve dans l'incapacité de le calmer, cela peut être source d'angoisse. La maternité, le nouveau-né et la parentalité sont aujourd'hui très idéalisés. Les professionnels doivent faire face au désarroi des parents, à leur sentiment d'incompétence et/ou de culpabilité. « La prise en charge des nouveau-nés et de leurs parents doit tenir compte de ces éléments : connaître la physiologie de l'adaptation et ses variantes limites, observer, expliquer et rassurer et aider à tolérer à travers des solutions de bon sens »[35]. Elle préviendra alors les troubles de l'adaptation à la parentalité.

A l'issue du suivi, deux femmes semblaient fragiliser : l'une par un baby-blues, la seconde par une anxiété. Une minorité de femmes rencontrera plus d'obstacles pour retrouver un équilibre. Il est à la charge de la sage-femme de savoir dépister ces situations complexes, d'accompagner et de passer le relais à d'autres professionnels de santé. Les sages-femmes et puéricultrices de PMI seront alors indispensables.

[35] CARON, F-M. SALINIER, C. *Le langage des pleurs.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 37-39.

2. PROPOSITIONS

Suite aux constats faits précédemment, quelques propositions peuvent être suggérées afin d'optimiser la prise en charge à domicile du couple mère-enfant. L'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 a également souligné l'importance de renforcer l'accompagnement post-natal.

Tout d'abord, les modalités de suivi n'influenceraient pas la satisfaction maternelle. De plus, la diminution de la durée des séjours est majoritairement en accord avec le souhait des patientes et n'entraînerait pas de morbidité augmentée si les conditions préalables sont respectées. Les alternatives à l'hospitalisation peuvent donc se développer en post-partum.

Les sorties précoces après un premier accouchement ne sont pas si fréquentes. Les pédiatres redoutent principalement la survenue de pathologies tel l'ictère néonatal, la déshydratation, la perte de poids excessive, la décompensation d'une malformation cardiaque. Selon V. FOLLOT-EKODO, sage-femme libérale, « elles sont tellement encadrées et anticipées, que la femme sort très bien accompagnée. Les allaitements sont facilités car mieux suivis, avec un discours adapté et personnalisé, sur une durée pouvant être prolongée ».

Les enjeux actuels porteraient donc plus sur les sorties au-delà de J3. Cependant, leur accès est inégal selon les secteurs. Il existe encore des inégalités géographiques pour la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire. Les zones rurales sont moins attractives. Alors que le Languedoc-Roussillon dispose de 43 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, la Corse et la Picardie n'en comptent que 9 pour 100 000[36]. A 24 heures près, les femmes sortent sans accompagnement. Elles sont livrées à elles-mêmes en pleine montée laiteuse, ou bien avec des enfants dont le poids n'est pas encore stabilisé. D'après l'enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) menée en 2010, seulement 16% des femmes interrogées ont pu obtenir de l'aide de la part d'une sage-femme libérale lors du retour à domicile[37].

[36] COUR DES COMPTES. *Rapport. La sécurité sociale.* [En ligne] septembre 2011. Disponible sur http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf [consulté le 6 décembre 2011]

[37] BATTUT, A. GUILLAUME, S. *Groupe d'experts de CNAMTS : lecture critique.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 11-13.

La mise en place d'une HAD pose également problème car seul un quart des maternités peuvent en organiser[38].

2.1. La mise en place du PRADO

C'est pourquoi l'Assurance Maladie essaie de mettre en place le PRADO (Programme de Retour A Domicile). Plusieurs départements l'ont déjà expérimenté comme l'Ille-et-Vilaine, la Haute-Savoie et les Yvelines. Il concerne les sorties physiologiques de maternité au-delà de J3. Les patientes doivent être âgées de plus de 18 ans, sans facteur de co-morbidité. L'accouchement s'est déroulé par voie basse sans complication. L'enfant, de naissance unique, a un poids en rapport avec l'âge gestationnel et ne nécessite pas d'hospitalisation, ni de régime alimentaire particulier.

Les principaux éléments du suivi à domicile sont exprimés dans l'annexe 2. Il s'organise en 2 visites. En fonction de l'évaluation clinique de la mère et de son nouveau-né, la sage-femme met fin à la prise en charge, la poursuit si les signes pathologiques rentrent dans son champ de compétences. Dans le cas contraire, elle réoriente vers un praticien de ville ou une ré hospitalisation.

2.1.1. Les points positifs

Cette action entreprise par l'Assurance Maladie pourrait permettre de généraliser le suivi à domicile après un accouchement. La possibilité d'un accompagnement, ainsi que les compétences des sages-femmes seraient alors mieux connue des femmes et de leur famille. Elle pourrait éventuellement repositionner la place de la sage-femme au cœur de la physiologie, profession médicale de référence pour les grossesses et les accouchements physiologiques.

Du reste, elle ne doit pas se substituer aux organisations préexistantes comme la PMI, les réseaux ville-hôpital, l'HAD et le suivi post-natal libéral.

---

[38] DREES. Les maternités en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776.pdf [consulté le 18 novembre 2011]

2.1.2. Les points négatifs

Cependant, le Collège Nationale de Sages-femmes a émis des réserves quant à la construction de ce projet. Tout d'abord, il déplore l'absence de concertations avec les sages-femmes intéressées, ainsi qu'avec les réseaux de périnatalité et la PMI.

Les professionnels ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'organisation de la sortie, car malgré le pré-requis du libre choix de la patiente, c'est le coordinateur administratif de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de rattachement qui établira le lien entre la femme et la sage-femme. De plus, l'inscription des sages-femmes sur les listes transmises à la femme est systématique, y compris celles qui ne pratiquent pas le suivi post-natal.

Au niveau organisationnel, les sages-femmes ont remarqué l'absence de transmission médicale à la praticienne libérale. Elles regrettent également le manque d'organisation proposée en cas de ré hospitalisation et le défaut de coordination le week-end.

Elles se posent également la question de la possibilité de proposer d'autres consultations à la patiente (examens médicaux, séances de suivi post-natal) dans le cadre de l'arrêt de la prise en charge de ce programme.

D'autre part, ce projet exclut les patientes ne correspondant pas aux critères d'inclusion du PRADO mais ne bénéficiant pas d'HAD. L'accompagnement des patientes mineures, des femmes ayant présenté des complications ou des nouveau-nés de faibles poids est donc éludé malgré sa nécessité incontestable.

La disparité géographique reste un frein majeur à l'élaboration de ce programme.

La mise en place du PRADO est donc une continuité dans l'évolution de la prise en charge du post-partum. Toutefois, elle ne répondra pas à toutes les problématiques des sorties au-delà de J3.

2.2. La promotion du suivi post-natal

Les disparités géographiques ne sont pas les seules entraves à l'accès au suivi post-natal. En effet, il représente une part minime de l'activité des sages-femmes libérales, puisqu'il concerne seulement 5 % de leurs honoraires remboursés par l'assurance maladie[39]. Leur exercice se concentre essentiellement sur la préparation à la naissance et la rééducation périnéale. Ces séances sont mieux rémunérées et présentent une moindre responsabilité médicale.

La revalorisation de ces actes serait donc judicieux pour rendre plus attractif le post-natal et permettre un meilleur accès à cet accompagnement à domicile.

2.3. La personnalisation du suivi

Il a été vu que la personnalisation de la prise en charge améliorait la satisfaction concernant le suivi à domicile. De plus, les femmes qui connaissaient la sage-femme libérale avant l'accouchement étaient moins nombreuses à éprouver des difficultés persistantes à la fin du suivi. Toutefois, seulement 56% d'entres elles l'avaient déjà rencontré en anténatal.

Il est difficile d'apprécier entièrement sur une ou deux visites le contexte médical, social et psychologique. De plus, dans notre étude, les femmes n'ayant pas bénéficié d'EPI ont été plus nombreuses à ressentir des difficultés à la maison. L'EPI permet à la patiente et à son conjoint d'aborder les questions importantes pour eux. La sage-femme oriente également la séance. Il serait bénéfique d'informer systématiquement les couples sur les modalités de sortie après l'accouchement. Cela leur permettrait de prendre contact avec une sage-femme libérale de leur choix s'ils le désirent et d'organiser le suivi. Cette anticipation permettrait également la possibilité d'une rencontre en anténatal avec le praticien libéral afin de créer un dossier médical, d'aborder le projet et les attentes parentales. Il a été constaté que le nombre de visites

[39] COUR DES COMPTES. *Rapport. La sécurité sociale.* [En ligne] septembre 2011. Disponible sur http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf [consulté le 6 décembre 2011]

post-natales diminuait lorsque la patiente avait pu suivre une préparation avec la personne en charge du suivi[40].

Dans ce même sens, l'accompagnement semi-global reste encore méconnu. Il permet un suivi très personnalisé puisque une même sage-femme assure le suivi médical de la grossesse et le suivi post-natal à domicile. Elle travaille en coordination avec les autres professionnels. Elle propose les séances de préparation à la naissance ainsi que les séances de rééducation périnéale. Seuls la visite du 8ème ou 9ème mois et l'accouchement se déroulent à la maternité. Cette continuité de soins assure la sécurité, en évitant les erreurs lors de la transmission des informations.

2.4. La transmissions des données médicales

La rencontre anténatale ou l'accompagnement semi-global n'étant pas possible à chaque fois, la transmission des données médicales entre la sage-femme hospitalière et libérale reste donc indispensable. Cependant, elles restent souvent disparates selon les intervenants. L'évaluation du plan périnatalité 2005-2007[41] a identifié trois outils de coordination. Tout d'abord, la réalisation de staff « hebdomadaires » ou « de parentalité » réunit les équipes hospitalières et les acteurs de PMI. Certains établissements interagissent avec les professionnels du territoire grâce à un dossier commun informatisé. Cet outil, cependant, reste rare devant son coût de conception, d'installation et l'absence de consensus trouvé sur sa forme. La mise en place de fiche de liaison ou de courrier type est la façon la plus courante d'assurer la continuité de la prise en charge. Cette transmission se doit alors de résumer précisément le contexte médical, psychologique et social de la mère mais également de l'enfant.

Devant l'absence de concrétisation du dossier commun informatisé, l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 a émit des recommandations en les inscrivant dans le programme 2010-2013. Elle souhaite confier aux Agences Régionales de Santé (ARS) la mise en place du dossier périnatal partagé dans leur région de façon prioritaire par rapport à d'autres projets de systèmes d'information.

---

[40] FOLLOT-EKODO, V. *Sorties précoces de maternité : enjeux actuels. Le point de vue d'une sage-femme libérale.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 8-10.

[41] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. [En ligne] mai 2010. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf [consulté le 28 novembre 2011]

2.5. Les séances de suivi post-natal

Certains auteurs ont constaté que les informations passées en anténatal lors des séances de préparation à la naissance sont très peu mobilisées. Les femmes viennent à ces séances pour se préparer à accoucher mais sont peu sensibles aux autres informations concernant l'allaitement, la puériculture. Une étude auprès de 83 femmes primipares et 76 hommes a montré que pour les parents, les séances de préparation n'étaient pas suffisantes pour les préparer à prendre soin de leur enfant durant les premières semaines de vie[42].

D'après la décision du 5 février 2008 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), deux séances de suivi post-natal sont prises en charge du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical post-natal. « Il s'agit de séances individuelles, au cabinet ou au domicile, menées par la sage-femme, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents ». Elles sont indépendantes du suivi médical que nécessitent la mère et le nouveau-né. Toutefois, elles sont très peu pratiquées (1% des actes) car leur tarification est 40% inférieure aux séances de préparation à la naissance[43].

Notre étude a montré qu'une proportion assez importante de primipares (46,88%) éprouvait toujours des difficultés à la fin du suivi. La mise en place de ces séances pourrait se répandre plus largement pour ces femmes-là. Elles pourraient permettre d'aborder le thème des pleurs et rythmes du nouveau-né, ainsi que l'allaitement maternel, principales difficultés ressenties à ce moment. Des études[44] ont été menées pour évaluer les effets de ces interventions en post-partum. Une méta-

[42] RAZUREL, C. et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. [En ligne]. *Revue sage-femme 2010*, doi : 10.1016/j.sagf.2010.08.003. Disponible sur www.em-consulte.com/article/266301 [consulté le 29 septembre 2010]

[43] COUR DES COMPTES. *Rapport. La sécurité sociale.* [En ligne] septembre 2011. Disponible sur http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf [consulté le 6 décembre 2011]

[44] RAZUREL, C. et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. [En ligne]. *Revue sage-femme 2010*, doi : 10.1016/j.sagf.2010.08.003. Disponible sur www.em-consulte.com/article/266301 [consulté le 29 septembre 2010]

analyse publiée en 2005 dans la cochrane library de DENNIS et CREEDY, a montré que des séances intensives proposées en post-partum ont un effet préventif sur la dépression post-natale. Néanmoins, cet acte ne pourra se développer que s'il est revalorisé.

Parallèlement, des recommandations ont été inscrites au programme du plan périnatalité 2010-2013. Elles s'interrogent sur la pertinence d'un renforcement du suivi post-natal obligatoire. Elles proposent la création d'un « entretien post-natal précoce ». Réalisé peu après l'accouchement, à la maternité, au domicile ou au cabinet, il offrirait à la patiente un temps d'échange, permettrait d'anticiper certaines difficultés et d'identifier les besoins spécifiques d'accompagnement. En effet, une étude menée par LAVENDER et WALKINSHAW a montré qu' « un espace d'écoute, de soutien, de conseils, de compréhension et d'explications était bénéfique pour les mères quelqu'ait été le déroulement de leur accouchement »[45].

De la même façon, des séances collectives en post-natal, semblables aux séances de préparation à la naissance, pourraient également être instaurées. Il a été remarqué que l'information était mieux mobilisée lorsqu'elle était concomitante aux évènements. Elles permettraient aux femmes de pouvoir échanger entre elles et de diminuer ainsi l'isolement de certaines mères. Néanmoins, en période de déficit budgétaire, il pourra être difficile pour l'assurance maladie de prendre en charge de nouvelles séances. Cependant, dans un contexte où seule une faible proportion de femmes accouchent sans péridurale, la question peut se poser de diminuer le nombre de séances de préparation à la naissance en anténatal afin de pouvoir en proposer en post-natal.

Est-ce que ces séances post-natales individuelles ou collectives peuvent aider les femmes à surmonter leurs difficultés persistantes ? Qu'apporteraient-elles de plus que l'accompagnement à domicile par les sages-femmes libérales ? Suffiront-elles ? Ces voies d'amélioration nécessiteraient des études plus approfondies afin d'évaluer leurs réels bénéfices.

[45] RAZUREL, C. et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. [En ligne]. *Revue sage-femme 2010*, doi : 10.1016/j.sagf.2010.08.003. Disponible sur www.em-consulte.com/article/266301 [consulté le 29 septembre 2010]

Conclusion

La diminution des durées de séjours est donc un sujet d'actualité et la Maternité Régionale Universitaire de Nancy n'est pas épargnée. Elle met en place des alternatives à l'hospitalisation comme l'accompagnement à domicile par une sage-femme libérale, l'HAD et les sorties précoces. Il était alors intéressant d'étudier ces modifications de prise en charge du couple mère-enfant en post-partum, et si elles répondaient à leurs besoins.

Les modalités de sorties n'ont pas influencé la satisfaction maternelle. Toutefois, les effectifs n'étaient pas suffisants pour pouvoir généraliser à l'ensemble de la population. La plupart des femmes semblaient satisfaites du suivi à domicile puisque la majorité souhaiterait en bénéficier de nouveau après un prochain accouchement. Toutefois, beaucoup de femmes ont ressenti des difficultés persistantes à la fin du suivi. L'étude a permis d'identifier certains facteurs qui sembleraient intervenir dans leurs survenues.

De ces constats, plusieurs propositions ont été faites afin d'améliorer le suivi à domicile mais aussi la prise en charge post-natale, période souvent oubliée par rapport à l'anténatal qui dispose d'un suivi attentif.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

FRANCOUAL, C. BOUILLE, J. PARAT-LESBROS, S. *Pédiatrie en maternité.* 3ème éd. Paris : Flammarion. 2008 ISBN 978-2-2570-0021-7

HANZAK, E.A. *La dépression post-natale : voyage au travers du trouble psychique du post-partum*. Bruxelles : De Boeck, 2008. 291p. ISBN 978-2-8041-5331-1.

HASCOET, J-M. VERT, P. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. 236p. ISBN : 978-2-294-70150-4.

LANSAC, J. BERGER, C. MAGNIN, G. *Obstétrique.* 4ème édition. Pais : Masson, 2003, p389 ISBN : 2-294-00346-2

Articles d'encyclopédie :

HOROUTZ, J. GUYON, F. ROUX, D. HOCKE, C. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). [En ligne]. In : *EMC 5-110-A-10.* Disponible sur www.em-consulte.com/article/273292/resultatrecherche/1 [consulté le 16 décembre 2010]

Articles de périodique :

ABRAMOWITZ, L. Prise en charge de la thrombose hémorroïdaire externe du post-partum. *Réalité en gynécologie-obstétrique*. 2011, n°152 p 1 à 3.

AKOUKA, C. Résurgence de l'ictère nucléaire : une des conséquences des sorties précoces. *Contact Sages-femmes,* Janvier 2011, n°26, p12.

BARTHELEMY, N. Douleurs périnéales et post-partum. *Vocation sage-femme*. 2010, n°85, p16-18.

BATTUT, A. GUILLAUME, S. *Groupe d'experts de CNAMTS : lecture critique.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 11-13.

CARGILL, Y. MARTEL, M-J. *Renvoi à domicile de la mère et du nouveau-né à la suite de l'accouchement*. [En ligne]. J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n°4, 2007, p. 360-363. Disponible sur www.sogc.org/guidelines/documents/190f-ps-avril2007.pdf [consulté le 2 janvier 2011]

CARON, F-M. SALINIER, C. *Le langage des pleurs.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 37-39.

COLLET, M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [En ligne]. *DREES Etudes et résultats*, septembre 2008, n°660. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_enq_satisfaction_mater.pdf [consulté le 3 mars 2011]

DANAUX, F. DEGUINES, C. *Quels risques néonataux en sortie précoce ?* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011, p 34 à 36.

DESCARGUES, G. PITETTE, P. GRAVIER, A. ROMAN, H. LEMOINE, J-P. MARPEAU, L. Les hémorragies non diagnostiquées du post-partum. [En ligne]. *La revue sage Femme.* 2002, Volume 1, Numéro 2, p108-118. Disponible sur www.em-consulte.com/article/114227 [consulté le 16 décembre 2010]

DREES. La Situation périnatale en France en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf [consulté le 18 novembre 2011]

DREES. Les maternités en 2010 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776.pdf [consulté le 18 novembre 2011]

FOLLOT-EKODO, V. *Sorties précoces de maternité : enjeux actuels. Le point de vue d'une sage-femme libérale.* Les entretiens de Bichat. Entretiens des Sages-Femmes. 29 sept 2011. Paris. Les Entretiens médicaux. 2011. p 8-10.

GAUTHIER, L. La dépression postnatale chez la mère : plus qu'un simple baby-blues. *Psychologie.* [En ligne].Québec. Mai 2007. p28-31. Disponible sur http://ordrepsy.qc.ca/pdf/PsyQc_Dossier_5_Gauthier_Mai07.pdf . [consulté le 28 décembre 2010]

MARIK, P-E. PLANTE, L. *Venous thromboembolic disaese and pregnancy.* [en ligne] N Eng J Med 2008 359 : 2025-33 Disponible sur http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra0707993 [consulté le 13 juillet 2011]

OUAHRANI, C. Mortalité maternelle : la France toujours mauvaise élève. *Profession Sage-Femme.* 2010, n°163, p14-15.

RAZUREL, C. et al. Comment les mères primipares font-elles face aux évènements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. [En ligne]. *Revue sage-femme 2010*, doi : 10.1016/j.sagf.2010.08.003. Disponible sur www.em-consulte.com/article/266301 [consulté le 29 septembre 2010]

TERRY, D.J. MAYOCCHI, L. HYNES, G.J. *Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective.* J Abnorm Psychol 1996 ; 105 (2) :220-31 Disponible sur http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8723003 [consulté le 15 novembre 2010]

VILAIN, A. DE PERETTI, C. HERBET, J-B. BLONDEL, B. La Situation périnatale en France en 2003 : Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [En ligne]. *Drees Etudes et résultats*, Mars 2005. n°383. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

Mémoires, thèses :

BATTUT, A. *Les sorties précoces post-natales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. Etude réalisée en Île de France*. [En ligne] Mémoire Cadre Sage-femme. Dijon, 2007, p20. Disponible sur http://www.ansfl.org/medias/doc/090513-MemoireAnneBattutz.pdf [consulté le 9 mars 2011]

CLAUDEL, C. *L'accompagnement des couples mère-enfant à la sortie de maternité.* [En ligne]. Mémoire Sage-femme. Nancy, 2009, p60. Disponible sur www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_CLAUDEL_CORALIE.pdf [consulté le 22 octobre 2010]

PARETS, S. *Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie.* [En ligne]. Thèse de médecine. Université Paris XI faculté de Médecine Paris sud, 2010. Disponible sur www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Parets.pdf [consulté le 6 novembre 2010]

RAULIN, C. *Le retour précoce à domicile après l'accouchement : étude de la satisfaction des primipares quant au suivi à domicile par les sages-femmes libérales*. Mémoire Sage-femme. Metz, UHP I Nancy, 2010.

Site web :

COUR DES COMPTES. *Rapport. La sécurité sociale.* [En ligne] septembre 2011. Disponible sur http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf [consulté le 6 décembre 2011]

HAS. Mesure de l'impact des recommandations professionnelles en périnatalité grâce à un système innovant d'information sur les pratiques. [En ligne].2001. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/resume_n-mamelle_2001.pdf [consulté le 2 janvier 2011]

HAS. *Rééducation dans le cadre du post-partum.* [En ligne] 2002. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/post_partum_rap.pdf [consulté le 17 août 2011]

HAS. *Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. [En ligne]. Recommandations pour la pratique clinique, mai 2004. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile [consulté le 2 janvier 2011]

INED. *La baisse de la fertilité avec l'âge* [en ligne]. 2008. Disponible sur http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/22324/telechargement_fichier_fr_fiche_actualite3.pdf [consulté le 06 mars 2011]

INSEE. *Les couples adoptent le Pacs.* [En ligne] 2010. Disponible sur http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=9&ref_id=15902 [consulté le 17 novembre 2011]

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. [En ligne] mai 2010. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf [consulté le 28 novembre 2011]

OMS. *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique*. [En ligne]. 1998. Disponible sur www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_98_3_/fr/index.html [consulté le 16 décembre 2010]

TABLE DES MATIERES

Sommaire **3**

Glossaire **6**

Préface **8**

Introduction **9**

Partie 1 ..... **11**

Après un premier accouchement… **11**

1. Le post-partum : un moment particulier **12**

1.1. Contexte 12
1.2. Une période à risques 13
1.2.1. Les risques maternels 13
Le risque infectieux 13
Le risque thromboembolique 13
Le risque hémorragique 13
Les complications au cours de l'allaitement 13
Les autres sources de désagréments 14
Les troubles psychiques 14
Le baby-blues 15
La dépression post-natale 15
La psychose puerpérale 15
La mortalité maternelle 16
1.2.2. Les principales pathologies néonatales 16
Le risque infectieux 16
L'ictère néonatal 17
Les troubles digestifs 17
Les cardiopathies congénitales 17

2. Les particularités de la primiparité **18**

2.1. Epidémiologie 18
2.1.1. La proportion 18
2.1.2. L'âge des mères 18
2.1.3. Conséquences 18
2.2. Les facteurs de risques augmentés par la primiparité 19
2.2.1. Les risques obstétricaux 19
2.2.2. Les risques psychologiques 20
2.3. La naissance d'un premier enfant : un évènement stressant 20

3. Les sorties de maternité **22**

3.1. Les contraintes socio-économiques 22
3.2. L'organisation actuelle en France 23
3.2.1. Les sorties précoces 23
3.2.2. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) 24
Le rôle de la sage-femme en HAD 24
3.2.3. L'accompagnement par la sage-femme libérale 24

3.2.4. Les ressources complémentaires 25
La Protection Maternelle et Infantile (PMI) 25
Les praticiens en charge du suivi pédiatrique 25
3.3. L'impact de la diminution des durées de séjour 25
Partie 2 27
Etudes et résultats 27
1. Presentation de l'etude 28
1.1. Problématique 28
1.2. Objectifs de l'étude 28
1.3. Hypothèses 29
1.4. Modalités de l'étude 29
1.4.1. La population étudiée 29
1.4.2. Les critères d'exclusions 29
2. Présentation des resultats 30
2.1. Description de la population d'étude 30
2.1.1. Renseignements généraux 30
L'âge maternel 30
Niveaux d'études des mères 30
La situation familiale 31
Le conjoint 31
Le niveau d'études du conjoint 31
Situation professionnelle de la femme et de son conjoint 32
2.1.2. Antécédents obstétricaux 32
2.1.3. Suivi de la grossesse 32
L'Entretien Prénatal Individuel (EPI) 33
La préparation à la naissance et à la parentalité 33
2.1.4. Déroulement de la grossesse 33
Evénements au cours de la grossesse 33
Hospitalisation pendant la grossesse 33
Suivi à domicile durant la grossesse 34
Etat d'esprit pendant la grossesse 34
2.1.5. L'accouchement 34
Voie d'accouchement 34
Aide instrumentale 35
Périnée 35
Terme 35
2.1.6. L'enfant 35
Sexe 35
Poids à la naissance 35
Hospitalisation en néonatologie 36
Alimentation du nouveau-né à la sortie 36
2.2. Description de la sortie et du suivi à domicile 36
2.2.1. La sortie 36
Durée moyenne de séjour 36
Ressenti des mères sur la durée du séjour 37
2.2.2. Le suivi à domicile 37
Modalités de suivi 37
Première visite à domicile 38

Durée du suivi à domicile et nombre de visites 39
Durée des visites 40
Actes effectués ou thèmes abordés lors des visites 41
La sage-femme 41
Recours à une sage-femme libérale après un prochain accouchement 43
Consultations en parallèle 43
2.3. Description du retour à domicile 43
2.3.1. Ressenti des mères et difficultés durant le retour à domicile 43
Facteurs influençant 45
L'âge maternel 45
L'EPI 46
Etat d'esprit durant la grossesse 46
Mode d'accouchement 46
La durée du séjour et le ressenti des mères sur le retour à la maison 47
Présence du compagnon 47
Aide de l'entourage 48
Les ressources complémentaires 49
Les difficultés relatives à l'allaitement maternel 49
Les difficultés après le suivi à domicile 50
Partie 3 51
Discussions et propositions 51
1. Analyse des résultats et discussion 52
1.1. Analyse de la population 52
1.1.1. L'âge maternel 52
1.1.2. La situation familiale et le conjoint 52
1.1.3. La situation professionnelle 52
1.1.4. Déroulement et suivi de la grossesse 52
1.1.5. Accouchement 53
1.1.6. L'enfant 53
1.2. La durée de séjour 53
1.2.1. La durée moyenne de séjour 53
1.2.2. Les sortie précoces 54
1.2.3. Durée du séjour et satisfaction maternelle 54
1.3. Le suivi à domicile 55
1.3.1. Modalités de suivi 55
La satisfaction maternelle en fonction des modalités de suivi 55
1.3.2. Les visites 55
1.3.3. Les actes effectués ou les thèmes abordés 56
Du côté maternel 56
Du côté de l'enfant 56
1.3.4. La sage-femme 57
1.3.5. Aide apportée par le suivi à domicile 57
1.3.6. Projet pour le prochain accouchement 58
1.3.7. Consultations en parallèles 58
1.4. Le retour à la maison : difficultés et soutien 59
1.4.1. Les soutiens 60
Le compagnon et l'entourage 60
L'allaitement maternel 60
Les difficultés persistantes après le suivi à domicile 61

2. Propositions 62
2.1. La mise en place du PRADO 63
2.1.1. Les points positifs 63
2.1.2. Les points négatifs 64
2.2. La promotion du suivi post-natal 65
2.3. La personnalisation du suivi 65
2.4. La transmissions des données médicales 66
2.5. Les séances de suivi post-natal 67
Conclusion 69
Bibliographie 70
TABLE DES MATIERES 74
Annexe 1 II
Annexe 2 XI

ANNEXE 1

Questionnaire

Je suis Marine DOLBEAU, étudiante sage-femme à Nancy. Tout d'abord, je vous adresse mes sincères félicitations pour la naissance de votre enfant.
Je réalise mon mémoire de fin d'études sur la satisfaction maternelle concernant le suivi à domicile dont vous avez bénéficié après cet accouchement. Un des objectifs de cette étude est de connaître vos besoins et vos attentes concernant ce suivi. Certaines questions peuvent vous sembler éloignées de votre réalité, cependant elles me semblent indispensables en raison de la multiplicité des situations. Je vous sollicite donc pour répondre à ce questionnaire qui restera anonyme. Vous pourrez le renvoyer grâce à l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe.

1 - Vous venez d'accoucher de votre premier enfant :

☐ oui
☐ non

2 - Aujourd'hui, quel âge a-t-il ?

3 - Quel est votre âge ?

__|__

4 - Quelle est votre nationalité ?

5 - Si vous êtes de nationalité étrangère, depuis combien de temps vivez-vous en France?

☐ moins de 6 mois ☐ entre 6 mois et 1 an ☐ entre 1 an et 5 ans ☐ plus de 5 ans

6 - Quelle est votre origine géographique ?

7 - Quel est votre niveau scolaire ?

☐ collège ☐ CAP/BEP ☐ lycée ☐ baccalauréat ☐ enseignement supérieur

8 - Quelle est votre profession ?

9 - Quelle était votre situation professionnelle en début de grossesse ?

☐ en CDD ☐ en exercice libéral ☐ femme au foyer
☐ en CDI ☐ à la recherche d'un emploi ☐ collégienne/lycéenne/étudiante

10 - Quelle est votre situation familiale ?

☐ en couple
☐ pacsée
☐ mariée
☐ séparée/divorcée
☐ célibataire

11 - Quel âge a votre compagnon ?

|_|_|

12 - Quelle est sa nationalité ?

13 - Quelle est son origine géographique ?

14 - Quel est son niveau scolaire ?

☐ collège ☐ CAP/BEP ☐ lycée ☐ baccalauréat ☐ enseignement supérieur

15 - Quelle est sa profession ?

16 - Quelle est sa situation professionnelle ?

☐ en CDD ☐ en exercice libéral ☐ homme au foyer
☐ en CDI ☐ à la recherche d'un emploi ☐ collégien/lycéen/étudiant

Antécédents obstétricaux :

17 - Avez-vous déjà eu recours à une IVG (interruption volontaire de grossesse) ?

☐ non
☐ oui, nombre ?.....

18 - Avez-vous déjà fait une fausse-couche ?

☐ non
☐ oui, nombre ?.....

La grossesse :

19 - La grossesse a été suivie par :

☐ une sage-femme de la Maternité Régionale de Nancy
☐ un gynécologue-obstétricien de la Maternité Régionale de Nancy
☐ une sage-femme libérale
☐ un gynécologue-obstétricien libéral
☐ votre médecin traitant
☐ autre à préciser :

20 - Avez-vous effectué l'EPI (Entretien prénatal individuel) ou entretien du 4ème mois ?

☐ oui
☐ non

21 - Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ?

☐ non
☐ oui, nombre ?.....

22 - Cette grossesse a-t-elle présenté des complications ?

☐ diabète gestationel
☐ hypertension artérielle
☐ malformations fœtales
☐ menace d'accouchement prématuré
☐ pré-éclampsie
☐ restriction de croissance in utero
☐ vomissements ayant nécessité une hospitalisation
☐ autre à préciser :

23 - Avez-vous été hospitalisée plus de 24 heures pendant votre grossesse (en dehors de l'accouchement) ?

☐ non
☐ oui

24 - Si oui, combien de temps (en jours) ?

25 - Vous avez bénéficié pendant votre grossesse :

☐ d'une surveillance à domicile par une sage-femme libérale
☐ d'une hospitalisation à domicile
☐ d'aucune surveillance à domicile

26 - Quel était votre état d'esprit pendant la grossesse ?

☐ sereine ☐ assez sereine ☐ inquiète ☐ angoissée

L'accouchement :

27 - A quel terme avez-vous accouché (en Semaines d'Aménorrhée) ?

|_|_|

28 - Avez-vous accouché par voie basse ?

☐ non ☐ oui

Si vous avez accouché par césarienne, passez à la question 31.

29 - Si vous avez accouché par voie basse, vous avez eu besoin :

☐ d'aucune aide instrumentale
☐ de forceps
☐ d'une ventouse

30 - Si vous avez accouché par voie basse, vous avez eu :

☐ un périnée intact (aucun fil)
☐ une déchirure simple (quelques points)
☐ une épisiotomie
☐ une déchirure compliquée (qui touche l'anus)

Si vous avez accouché par voie basse, passez à la question 33.

31 - Si vous avez accouché par césarienne, quelle était son indication ?

32 - Si vous avez eu une césarienne, elle était :

☐ programmée
☐ en urgence

L'enfant :

33 - Quel est son sexe ?

☐ féminin
☐ masculin

34 - Quel était son poids à la naissance ?

|_|_|_|_|

35 - Votre enfant a-t-il été hospitalisé en néonatologie ?

☐ non
☐ oui

36 - Si oui, pour quelles raisons ?

☐ détresse respiratoire
☐ ictère (jaunisse)
☐ infection
☐ inhalation méconiale (méconium dans les poumons)
☐ prématurité
☐ autre à préciser :

37 - Êtes-vous sortie de la maternité en même temps que votre enfant ?

☐ oui
☐ non

38 - A quel jour êtes-vous sortie de la maternité (J0 étant le jour de l'accouchement) ?

☐ J0 ☐ J1 ☐ J2 ☐ J3 ☐ J4 ☐ J5 ☐ J6 ☐ J7 ☐ Après J7

39 - Vous sentiez-vous prête à sortir ce jour là ?

☐ j'aurais préféré sortir plus tôt
☐ oui, c'était mon souhait de sortir ce jour là
☐ un jour de plus aurait été bien
☐ je ne me sentais pas du tout prête

40 - Quel était le mode d'allaitement le jour de la sortie ?

☐ allaitement maternel ☐ allaitement artificiel ☐ allaitement mixte

Le retour à domicile :

41 - Vous avez bénéficié :

☐ d'un suivi par une sage-femme ou puéricultrice de la PMI
☐ d'un suivi par une sage-femme libérale
☐ d'une hospitalisation à domicile, pour quelles raisons ? :

42 - Si vous avez bénéficié d'un accompagnement par une sage-femme libérale, l'aviez-vous déjà rencontrée pendant la grossesse ?

☐ oui
☐ non

Si vous n'avez pas bénéficié d'une hospitalisation à domicile, allez à la question 48.

43 - Si vous avez bénéficié d'une hospitalisation à domicile, quels sont les professionnels qui ont participé à votre suivi (plusieurs réponses possibles) ?

☐ une sage-femme ☐ une infirmière ☐ un médecin ☐ une psychologue ☐ autre à préciser :

44 - Parmi les personnes qui ont participées à l'hospitalisation à domicile, quelles sont celles que vous aviez déjà rencontrées pendant la grossesse ?

☐ la sage-femme ☐ l'infirmière ☐ le médecin ☐ le psychologue ☐ autre à préciser :

Le suivi à domicile :

45 - Quelle a été la durée de ce suivi à domicile ?

☐ moins de 3 jours
☐ entre 3 jours et une semaine
☐ plus d'une semaine

46 - La première visite a eu lieu :

☐ le jour de la sortie
☐ le lendemain de la sortie
☐ le surlendemain
☐ plus de 3 jours après la sortie

47 - Combien de fois la sage-femme est-elle venue?

☐ 1 fois
☐ 2 fois
☐ 3 fois
☐ 4 fois
☐ plus de 5 fois

48 - Le nombre de visites était :

☐ insuffisant
☐ assez suffisant
☐ suffisant
☐ trop élevé

49 - Combien de temps en moyenne durait une visite?

☐ moins de 30 minutes
☐ entre 30 minutes et 45 minutes
☐ entre 45 minutes et une heure
☐ plus d'une heure

50 - Vous trouvez ce temps:

☐ insuffisant
☐ assez suffisant
☐ suffisant
☐ trop long

51 - Lors des visites, quels ont été les actes effectués ou les thèmes abordés ?

- ☐ aide pour le bain
- ☐ conseil pour l'allaitement artificiel
- ☐ aide pour l'allaitement maternel
- ☐ change
- ☐ conseils pour les soins de cicatrice
- ☐ conseils sur le comportement (pleurs, sommeil...)
- ☐ contraception
- ☐ contrôle de l'ictère
- ☐ pesée de bébé
- ☐ soins de cordon
- ☐ actes infirmiers (prise de sang, injection, soins de cicatrice...)
- ☐ température du bébé
- ☐ autre à préciser :

52 - Pendant le suivi à domicile, y a-t-il eu pour votre enfant ?

- ☐ une consultation pédiatrique
- ☐ une consultation en urgence
- ☐ une ré-hospitalisation
- ☐ il n'y a eu aucune consultation

53 - Si il y a eu une consultation, quels en étaient les motifs ?

54 - Pendant ce suivi à domicile, vous avez eu pour vous :

- ☐ une consultation chez votre médecin traitant ou gynécologue
- ☐ une consultation en urgence
- ☐ une ré-hospitalisation
- ☐ aucune consultation

55 - Si il y a eu une consultation, quels en étaient les motifs ?

56 - Votre compagnon a-t-il pu prendre un congé lors du retour à la maison ?

- ☐ non
- ☐ oui, combien de jours ?...

57 - Votre compagnon participe t-il aux soins de l'enfant (change, biberon, bain...) ?

- ☐ jamais
- ☐ occasionnellement
- ☐ régulièrement
- ☐ souvent

58 - Avez-vous reçu de l'aide de la part de votre entourage lors de votre retour à la maison ?

- ☐ jamais
- ☐ occasionnellement
- ☐ régulièrement
- ☐ souvent

59 - Comment avez-vous vécu le retour à domicile ?

- ☐ pas très bien
- ☐ assez bien
- ☐ bien
- ☐ très bien

60 - Avez-vous rencontré des difficultés les jours suivants votre retour à la maison ?

- ☐ non
- ☐ oui

61 - Si oui, quelles étaient-elles (5 réponses maximum) ?

- ☐ bain
- ☐ change
- ☐ perte de poids ou difficulté à reprendre le poids de naissance
- ☐ pleurs et rythme du nouveau-né
- ☐ problème pour nourrir le bébé
- ☐ soins de cordon
- ☐ température du bébé
- ☐ douleurs
- ☐ fatigue
- ☐ tâches ménagères trop importantes
- ☐ inquiétudes
- ☐ baby-blues
- ☐ perte de confiance en soi
- ☐ sentiment de découragement
- ☐ engorgées
- ☐ autre à préciser :

62 - Pensez-vous que le suivi à domicile vous a permis de surmonter quelques unes de ces difficultés ?

- ☐ cela ne m'a pas du tout aidé
- ☐ cela m'a un peu aidé
- ☐ cela m'a aidé quelque fois
- ☐ cela m'a beaucoup aidé

63 - Avez-vous eu recours à d'autres ressources pour surmonter ces difficultés ?

- ☐ associations
- ☐ conseils du compagnon, de la famille, des amies
- ☐ forums de discussion sur internet
- ☐ magazines
- ☐ pédiatre
- ☐ sites d'information sur internet
- ☐ aucune autre ressource

64 - Si vous allaitez, avez-vous rencontré des difficultés pour allaiter votre enfant ?

- ☐ aucune
- ☐ crevasses
- ☐ bébé qui ne prend pas le sein correctement
- ☐ bébé qui s'endort sur le sein
- ☐ engorgement
- ☐ mastite
- ☐ abcès
- ☐ autre à préciser :

65 - Ces difficultés ont-elles entraîné l'arrêt de l'allaitement maternel?

- ☐ oui
- ☐ non

66 - Le suivi à domicile vous a t-il permis de surmonter les difficultés concernant l'allaitement ?

- ☐ pas du tout
- ☐ un peu
- ☐ beaucoup
- ☐ totalement

67 - A ce jour rencontrez-vous encore des difficultés?

- ☐ non
- ☐ oui

68 - Si oui, lesquelles ?

69 - Si cela est possible, envisagez-vous ce même mode de suivi lors de votre prochain accouchement ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sait pas

70 - Commentaires

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 2

ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR À DOMICILE APRÈS UNE HOSPITALISATION POST PARTUM Décem 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 HAS[1]

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 - 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** - 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

« 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[2] ».

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.

- 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.

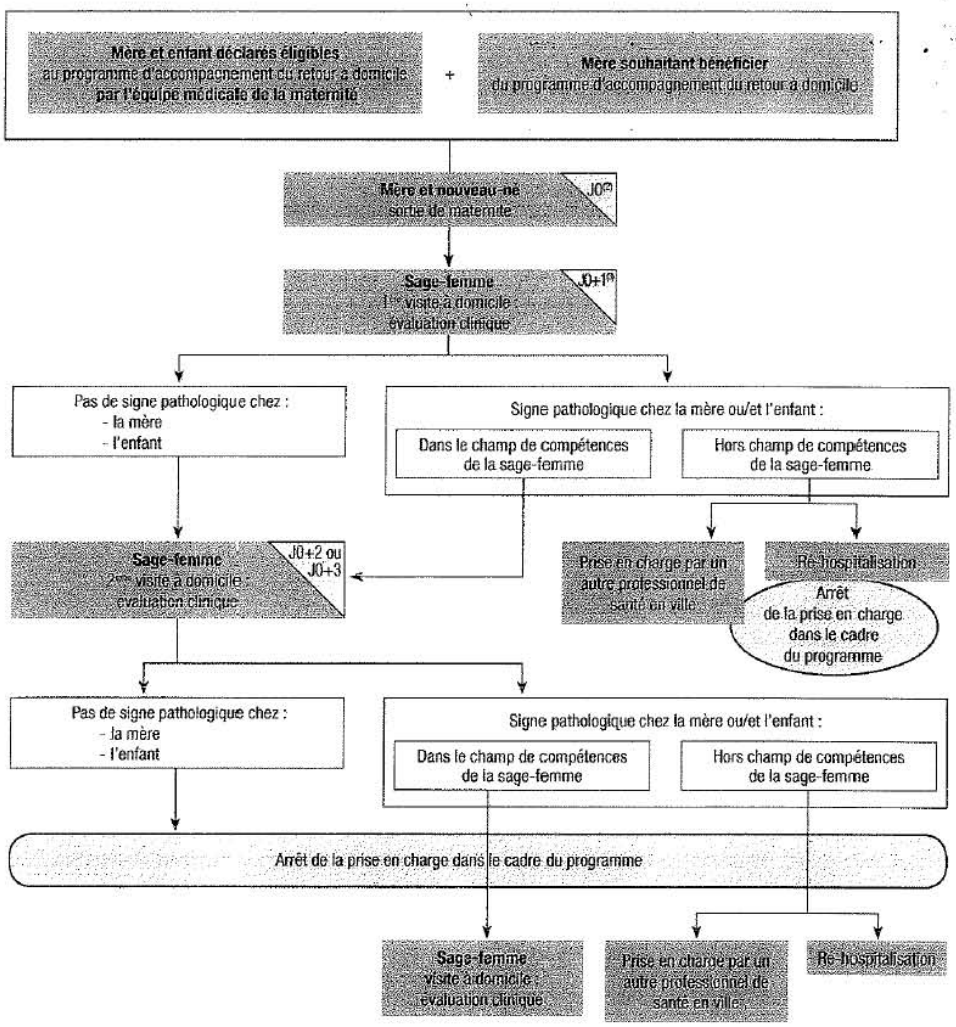
Décembre 2010 - SG/DGM/DSS1/46-2010

[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.*

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

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 HAS[1]



[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.

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Titre : L'accompagnement à domicile après une première naissance :

Les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ?

Auteur : DOLBEAU Marine

Directeur de mémoire : BERTRAND Murielle

Expert de mémoire : ROUTY Sabine

Résumé : La durée moyenne de séjour après un accouchement a diminué depuis ces dernières années. Des alternatives à l'hospitalisation se sont donc progressivement mises en place. Pour autant, cette période reste à risque pour la femme et le nouveau-né. Le sentiment des mères sur les différentes modalités de suivi a été peu étudié. Répondent-elles à leurs besoins dans cette période de vulnérabilité ?

L'étude a montré que beaucoup de primipares ressentaient des difficultés à leur retour à domicile. Elles semblaient plutôt satisfaites de l'accompagnement à domicile même si l'aide qu'elles ont perçue a été plus ou moins bénéfique. En effet, il existe encore de nombreuses difficultés persistantes à la fin du suivi. Des facteurs semblent intervenir dans leurs survenues. C'est pourquoi quelques suggestions ont été faites afin d'améliorer la prise en charge à domicile.

Mots-clés : post-partum, sage-femme libérale, sortie précoce, hospitalisation à domicile, suivi à domicile.

Abstract : The post-partum care has evolved a lot. The average time spent at the maternity hospital has been decreasing for these last years. Some alternatives at the hospitalization have thus gradually taken place. Indeed, this time period is still risky for mothers and their newborn children. The mother's feelings about the practical details of this form of medical care has not been studied a lot. Do they fit with the real needs met in this period of vulnerability ?

The study showed that many first-time mothers find it difficult when they go back home. They seem rather satisfied with the care at home even if the help they have is more or less beneficial. Actually there are still numerous persistent difficulties at the end of the follow-up. Some elements seem to be part of this fact. That is why some suggestions were made to improve the care at home.

Keywords : post-partum, liberal midwife, early getting out of hospital, home medical care, care at home.