

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Ecole de Sages-Femmes de Limoges

Année Universitaire 2014-2015

**LE PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR A  
DOMICILE (PRADO) : ENQUETE DE SATISFACTION  
AUPRES DES ACCOUCHEES DE L'HOPITAL DE LA MERE  
ET DE L'ENFANT (HME) DE LIMOGES**

**Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

le 11 Mai 2015

par

**Pauline LENOIR**

Née le 07 Mai 1991, à Sarlat-La-Canéda

Docteur HOURCADE..... Maître de Mémoire

Mme GAGNERAUD Valérie ..... Guidant du mémoire

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie,

Le Docteur Sylvie Hourcade, médecin Conseil chef de service de la direction régionale du service médical, pour avoir accepté de diriger mon mémoire et pour m'avoir orienté tout au long de l'élaboration de ce travail.

Valérie Gagneraud, sage-femme enseignante, pour son accompagnement, sa grande disponibilité, son soutien et son écoute bienveillante.

Anne Le Pichoux, sage-femme cadre de la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, pour ses conseils et son accompagnement.

Tous les conseillers d'assurance maladie de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Limoges sans qui, mon étude n'aurait pu aboutir.

Mes parents, pour leurs remarques pertinentes et leurs corrections.

Morgan pour ses relectures et son soutien inconditionnel durant ces 4 années d'études.

## SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b>	p.1
<b>INTRODUCTION</b>	p.7
<b><u>PREMIERE PARTIE : PRADO MATERNITE</u></b>	p.9
<b><u>1. PRADO MATERNITE : UNE ACTION DE SANTE PUBLIQUE</u></b>	p.10
1.1. ... qui découle des recommandations de la Haute Autorité de Santé	p.10
1.2. Organisation du PRADO à Limoges	p.11
<b><u>2. LES SUITES DE COUCHES : UNE PERIODE DELICATE</u></b>	p.13
<b><u>3. SUIVI DU POST PARTUM DANS LE CADRE DU PRADO</u></b>	p.14
<b>3.1. Suivi de la mère</b>	p.14
3.1.1. <i>Evaluation du risque hémorragique</i>	p.14
3.1.2. <i>Evaluation du risque infectieux</i>	p.15
3.1.3. <i>Evaluation du risque thrombo-embolique</i>	p.15
3.1.4. <i>Troubles digestifs et hémorroïdes</i>	p.16
3.1.5. <i>Accompagnement de l'allaitement</i>	p.16
3.1.6. <i>Prise en compte de l'état psychique</i>	p.18
3.1.7. <i>Lien mère-bébé</i>	p.18
3.1.8. <i>Prévention</i>	p.19
<b>3.2. Suivi du nouveau-né</b>	p.19
3.2.1. <i>Evaluation du risque clinique et paraclinique</i>	p.19
3.2.2. <i>Soins de puériculture</i>	p.20
3.2.3. <i>Prévention</i>	p.21
<b><u>4. LA SATISFACTION</u></b>	p.22
<b>4.1. Définition</b>	p.22
<b>4.2. Cadre de l'évaluation de la satisfaction</b>	p.22
<b>4.3. Outils nécessaires à l'évaluation</b>	p.23
<b>4.4. Les différentes enquêtes réalisées à propos du retour à domicile</b>	p.23
4.4.1. <i>Enquête auprès des accouchées en retour précoce</i>	p.23
4.4.2. <i>Les recommandations concernant le Retour Précoce après l'accouchement (RPDA)</i>	p.23
4.4.3. <i>Le point de vue de la Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques (DRESS)</i>	p.24
4.4.4. <i>Enquête sur l'évaluation de l'impact sur les ré-hospitalisations des mères et des enfants</i>	p.24
4.4.5. <i>Enquête menée par l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF)</i>	p.24

<b><u>DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES</u></b>	p.26
<b>1. <u>SCHEMA D'ETUDE</u></b>	p.27
1.1. La population étudiée et le nombre de sujets nécessaires	p.27
1.2. La satisfaction	p.27
<b>2. <u>LES VARIABLES ETUDIEES</u></b>	p.28
<b>3. <u>LA MISE EN PLACE DE L'ETUDE</u></b>	p.28
<b>4. <u>SAISIE ET EXPLOITATION DES DONNEES</u></b>	p.28
<b><u>TROISIEME PARTIE : LES RESULTATS DE L'ETUDE</u></b>	p.29
<b>1. <u>DESCRIPTION DE LA POPULATION</u></b>	p.30
1.1. La parité	p.30
1.2. Professionnels qui ont suivi les grossesses	p.30
<b>2. <u>PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE PRADO</u></b>	p.31
2.1. Moment de l'information PRADO	p.31
2.2. Jour de sortie selon la parité	p.32
<b>3. <u>LA SATISFACTION</u></b>	p.33
3.1. Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge globale	p.33
3.2. Satisfaction des accouchées selon la parité concernant la prise en charge globale	p.33
3.3. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge de leur allaitement maternel, ou artificiel	p.34
3.4. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge obstétricale	p.36
3.5. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge néonatale	p.37
<b>4. <u>ATTENTES DES ACCOUCHEES</u></b>	p.38
4.1. Réponse aux attentes des accouchées	p.38
4.2. Réponse aux attentes concernant leur prise en charge obstétricale	p.38
4.3. Réponse aux attentes des accouchées concernant la prise en charge néonatale	p.39
4.4. Réponse aux attentes par rapport à la prise en charge néonatale par la sage-femme libérale	p.40
4.5. Les attentes spécifiques selon la parité concernant le PRADO	p.41
<b>5. <u>LES VISITES</u></b>	p.42
<b>6. <u>NECESSITE D'UNE AIDE A DOMICILE</u></b>	p.43

<b>7. <u>RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE EN DEHORS DES VISITES</u></b>	p.43
<b>7.1. Nécessité de contacter une sage-femme en dehors des visites PRADO</b>	p.43
<b>7.2. Motifs d'appels des accouchées aux sages-femmes libérales en dehors des visites PRADO</b>	p.43
<b>7.3. Recours à d'autres professionnels de santé</b>	p.44
<b>7.4. Professionnels de santé auxquels ont eu recours les accouchées</b>	p.44
<b>8. <u>VECU DU RETOUR A DOMICILE PRADO</u></b>	p.45
<b>9. <u>LES INQUIETUDES</u></b>	p.46
<b>9.1. Principales inquiétudes des mères concernant le nouveau-né</b>	p.46
<b>9.2. Inquiétudes des femmes selon l'âge et la parité</b>	p.47
 <b><u>QUATRIEME PARTIE : L'ANALYSE ET LA DISCUSSION</u></b>	p.48
 <b>1. <u>LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE</u></b>	p.49
<b>1.1. Les points forts</b>	p.49
<b>1.2. Les points faibles et les limites de l'étude</b>	p.49
<b>2. <u>DESCRIPTION DE LA POPULATION</u></b>	p.50
<b>2.1. Le suivi des grossesses de multipares</b>	p.50
<b>2.2 Le suivi des grossesses des primipares</b>	p.50
<b>2.3. L'information concernant le dispositif PRADO</b>	p.51
<b>3. <u>VALIDATION DES HYPOTHESES</u></b>	p.51
<b>3.1. Hypothèse principale</b>	p.51
<b>3.2. Hypothèses secondaires</b>	p.59
<b>3.3. Autres données de l'étude : le recours à d'autres professionnels</b>	p.62
<b>4. <u>PROPOSITIONS</u></b>	p.64
<b>4.1. Le nouveau-né</b>	p.64
<b>4.2. La mère</b>	p.65
 <b>CONCLUSION</b>	p.67
 <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	p.68
 <b>ANNEXES</b>	p.75
 <b>RESUME</b>	p.84

## LISTE DES ANNEXES

<b>ANNEXES</b>	p.75
<b>ANNEXE 1</b>	p.76
<b>ANNEXE 2</b>	p.77
<b>ANNEXE 3</b>	p.78
<b>ANNEXE 4</b>	p.79

## LISTE DES FIGURES

<i><u>Figure 1.</u> La parité</i>	p.30
<i><u>Figure 2.</u> Réalisation du suivi de grossesse</i>	p.30
<i><u>Figure 3.</u> Information PRADO</i>	p.31
<i><u>Figure 4.</u> Jour de sortie</i>	p.32
<i><u>Figure 5.</u> La satisfaction de la prise en charge globale</i>	p.33
<i><u>Figure 6.</u> Satisfaction des accouchées en fonction de la parité concernant leur prise en charge globale</i>	p.33
<i><u>Figure 7.</u> Allaitement maternel, artificiel et mixte selon la parité</i>	p.34
<i><u>Figure 8.</u> Efficacité du traitement inhibiteur de lactation</i>	p.35
<i><u>Figure 9.</u> Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge de leur allaitement selon la parité</i>	p.36
<i><u>Figure 10.</u> Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge obstétricale</i>	p.36
<i><u>Figure 11.</u> Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge néonatale</i>	p.37
<i><u>Figure 12.</u> Réponse aux attentes des accouchées</i>	p.38
<i><u>Figure 13.</u> Réponse aux attentes par rapport à la prise en charge néonatale par la sage-femme libérale</i>	p.38
<i><u>Figure 14.</u> Réponse aux attentes des accouchées concernant la prise en charge néonatale</i>	p.39
<i><u>Figure 15.</u> Réponse aux attentes par rapport à la prise en charge néonatale selon la parité</i>	p.40
<i><u>Figure 16.</u> Les attentes spécifiques selon la parité</i>	p.41
<i><u>Figure 17.</u> Point de vue des accouchées concernant la suffisance des visites</i>	p.42
<i><u>Figure 18.</u> Motifs d'appels des accouchées aux sages-femmes libérales</i>	p.43
<i><u>Figure 19.</u> Recours à d'autres professionnels de santé</i>	p.44
<i><u>Figure 20.</u> Vécu du retour à domicile</i>	p.45
<i><u>Figure 21.</u> Principales inquiétudes des femmes</i>	p.46
<i><u>Figure 22.</u> Inquiétudes des femmes selon l'âge et la parité</i>	p.47

## INTRODUCTION

Dans de nombreux pays, la réduction de la durée de séjour en maternité est liée à la volonté de limiter les dépenses de santé [1].

A une époque où l'exercice de la sage-femme libérale a considérablement augmenté, des alternatives à l'hospitalisation se sont progressivement mises en place. En effet, les sages-femmes libérales peuvent, dans le cadre de l'eutocie, assurer la surveillance post-natale du couple mère-enfant à leur domicile. [2]

Le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) concernant la maternité est mis en place à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges depuis septembre 2012. Il permet aux patientes de bénéficier d'un service facilitant le retour à domicile après l'accouchement, avec un suivi personnalisé, par la sage-femme de leur choix. [3]

L'évaluation de la satisfaction en santé est un concept assez récent mais devenu obligatoire par l'Ordonnance du 24 Avril 1996. Indispensable à la réussite des soins, la satisfaction des patients est aujourd'hui devenue primordiale. De ce fait, elle représente un indicateur de la qualité des soins [4]. L'évaluation de la satisfaction des patientes à leur domicile pendant la période des suites de couches physiologiques représente une source importante de données qui permet d'identifier la satisfaction des accouchées bénéficiant du PRADO mais aussi les éventuels points de la prise en charge PRADO pouvant être améliorés. [4], [5], [6]

Un an après la mise en place de ce dispositif, une évaluation de la satisfaction des accouchées de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges paraît intéressante : Sont-elles satisfaites de leur prise en charge dans le cadre du PRADO par les sages-femmes libérales ?

L'objectif principal de notre étude a été de mesurer la satisfaction des accouchées de l'HME de Limoges bénéficiant, après leur accouchement, du PRADO.

Nous avons également souhaité savoir s'il existe une différence du niveau de satisfaction entre la population des primipares et la population des multipares et d'identifier selon le point de vue des accouchées, les attentes par rapport à la prise en charge actuelle.

Les intérêts de l'étude seront de sensibiliser les professionnels par rapport aux résultats de l'enquête et de mettre en évidence les points satisfaisants et les points à améliorer concernant la prise en charge.

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis l'hypothèse que la majorité des accouchées de l'HME de Limoges sont satisfaites de la prise en charge globale par les sages-femmes libérales dans le cadre du PRADO.

Nous nous sommes aussi demandés si le dispositif du PRADO répondait aux attentes des accouchées d'un point de vue obstétrical et néonatal, s'il existait une différence concernant le niveau de satisfaction entre les primipares et les multipares et si les primipares avaient des attentes spécifiques par rapport au PRADO

La première partie de notre travail abordera le contexte actuel de mise en place du PRADO, ainsi que la surveillance mise en place pendant la période des suites de couches. Puis, nous présenterons le protocole de recherche. L'étude se poursuivra avec l'exposé de nos principaux résultats. Enfin, nous aborderons l'analyse de nos résultats en regard de nos hypothèses et nous les discuterons avec les données de la littérature.

**PREMIERE PARTIE :**  
**PRADO MATERNITE**

## **1. PRADO maternité : UNE ACTION DE SANTE PUBLIQUE...**

### **1.1. ... qui découle des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

Le PRADO maternité (Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile) sous-entend deux paramètres [7] :

- Une sortie de la maternité à partir de J3<sup>1</sup> chez une accouchée, à condition qu'elle présente des suites de couches physiologiques. (Néanmoins, une sortie à J4 ou J5 n'octroie pas l'éligibilité de la patiente au PRADO, il n'y a pas de durée d'hospitalisation mentionnée)
- Un accompagnement à domicile des accouchées par une sage-femme libérale.

Ces paramètres visent à répondre aux objectifs fixés par la HAS [7] :

- ❖ Améliorer la qualité du suivi en sortie de maternité
- ❖ Anticiper les besoins liés au retour à domicile.
- ❖ « *Améliorer le taux de satisfaction des femmes* » et éviter l'hospitalisation à domicile pour les accouchées qui n'en nécessitent pas.

Le service de l'Assurance Maladie, accompagne cette tendance à la baisse en apportant à la patiente le complément indispensable : une prise en charge de qualité à domicile. [3]

L'expérience des pays qui pratiquent le Retour Précoce à Domicile (RPDA) depuis de nombreuses années souligne qu'il est : « *Sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé, et choisi ou entièrement accepté ; mal vécu s'il est contraint voire imposé, et potentiellement néfaste s'il n'est ni préparé, ni correctement organisé.* » [7]

Le PRADO ne concerne pas le retour précoce à domicile après accouchement (qui lui concerne les sorties à J2), pour lequel des recommandations de l'ANAES ont été publiées en 2004 [8]. La mise en place du PRADO s'appuie sur les recommandations de la HAS publiées en mai 2012. [7]

A ce jour, plus de 9 000 femmes font le choix de bénéficier chaque mois du PRADO. A la fin de l'année 2013, elles étaient environ 130 000 à avoir été accompagnées par ce dispositif. [9]

---

<sup>1</sup> J0 sera considéré, tout au long de notre mémoire, comme le jour de l'accouchement, J3 correspond donc aux 72 premières heures de vie.

## **1.2. Organisation du PRADO à Limoges**

Le dispositif PRADO a été mis en place par la Sécurité Sociale en 2012. Il s'agit de renforcer la mission d'accompagnement des sages-femmes auprès des femmes et de leurs nouveau-nés sortant de la maternité à partir du quatrième jour après leur accouchement. [7], [9], [10], [11]

Il s'adresse aux couples mères-bébés présentant des suites de couches physiologiques [7] :

- ❖ Accouchée ayant plus de dix-huit ans, sans comorbidité, ni complication,
- ❖ Ayant accouché par voie basse ou par césarienne<sup>2</sup>, d'enfant unique né à terme avec un poids en rapport avec l'âge gestationnel, ne nécessitant pas un maintien hospitalier ni de régime alimentaire spécifique.

Lorsque l'équipe médicale se prononce en faveur de l'éligibilité de la patiente et donc d'un retour à domicile, un Conseiller de l'Assurance Maladie (C.A.M) rend visite à la patiente à la maternité afin de lui exposer les modalités du dispositif PRADO [10], [8] :

- ❖ deux visites par la sage-femme libérale dans les premières 48 heures suivant la sortie de la maternité. La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi.
- ❖ lors de ces deux visites, si aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez l'enfant, les visites sont arrêtées.
- ❖ La durée d'une visite PRADO est environ d'une heure et quinze minutes.

Le conseiller met en lien la patiente avec la sage-femme libérale de son choix. Si la patiente était suivie par une sage-femme libérale pendant sa grossesse, et sous réserve que cette sage-femme réalise des consultations de type PRADO, celle-ci peut accompagner l'accouchée dans son post-partum. Si la patiente n'était pas suivie par une sage-femme libérale, il lui est alors proposé une liste de sages-femmes du département (ou des départements limitrophes).

---

<sup>2</sup> A L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, l'éligibilité des femmes ayant accouché par césarienne a débuté lorsque notre étude s'est achevée

La phase d'expérimentation du programme PRADO a mis en évidence certaines difficultés par la sage-femme libérale comme le manque de continuité des soins. En effet, les sages-femmes proposées sont en général les plus proches du domicile de la mère et donc pas toujours celle choisie par la femme durant son suivi prénatal. [1]

Une enquête réalisée en novembre 2012 montre que, sur 70 000 femmes à qui l'on a proposé de bénéficier du PRADO, 60 000 ont accepté. [12]

## **2. LES SUITES DE COUCHES : UNE PERIODE DELICATE**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *le post partum recouvre une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social* ». [13]

La naissance est marquée par d'importantes modifications anatomiques et obstétricales évoluant quotidiennement. Ainsi les suites de couches physiologiques sont marquées par [14], [15] :

- une involution de l'utérus,
- le col, qui retrouve sa longueur et se ferme à l'orifice interne en une semaine tandis qu'il reste perméable à l'orifice externe jusqu'à 20 jours,
- éventuellement, une cicatrisation périnéale et la mise en route de la lactation (tranchées lors de l'allaitement, parfois crevasses ou engorgements) [16].

De plus, cette période correspond à la confrontation de l'enfant réel à l'enfant imaginaire. De ce fait, il n'est pas rare de constater l'émergence d'un trouble émotionnel appelé baby blues à partir de J2-J3 [13].

Les suites de couches des femmes et les suites de naissances des nouveau-nés font donc l'objet d'une surveillance régulière et de dépistages systématiques.

Elles nécessitent une évaluation quotidienne du risque infectieux, hémorragique et thromboembolique à la maternité [14].

Si, à partir de J3, l'équipe médicale est en faveur d'un retour à domicile, l'accouchée est éligible au PRADO et peut choisir ou non d'y adhérer.

### **3. SUIVI DU POST PARTUM DANS LE CADRE DU PRADO**

Le suivi à domicile s'inscrit dans la continuité de la surveillance débutée en maternité. Le retour à domicile marque une rupture avec la maternité, lieu de sécurité médicale et matérielle où le couple mère-bébé pouvait bénéficier d'une aide permanente. A domicile, la mère doit répondre aux besoins de son enfant tout en construisant sa propre organisation. [15]

Le contenu des visites prévues dans ce programme a été élaboré en cohérence avec les missions de la sage-femme relatives au suivi mère-enfant dans les suites de couches, c'est-à-dire [8] :

- ❖ La réalisation d'un diagnostic,
- ❖ L'indication d'une stratégie de prise en charge,
- ❖ L'accompagnement du couple mère-enfant et la continuité de la prise en charge.

Ainsi, la sage-femme assure un rôle d'éducation, de prévention auprès des couples, et de dépistage des facteurs de morbidité maternelle et infantile. [15]

#### **3.1. Suivi de la mère**

La sage-femme s'assure de l'absence de complication pouvant évoquer une pathologie. Elle réalise un examen paraclinique et clinique complet dans le but d'évaluer les risques hémorragiques, infectieux, thrombo-emboliques et psychologiques [15], [18].

##### **3.1.1. Evaluation du risque hémorragique**

###### **❖ Asthénie et anémie**

L'asthénie est fréquente en raison de la fatigue liée à l'accouchement. Elle est également majorée par le retour à domicile : la mère doit s'occuper de son enfant, s'adapter à son rythme et gérer les tâches quotidiennes. Elle peut s'accompagner d'une anémie dont les signes cliniques et biologiques doivent être recherchés [15], [18].

### ❖ Lochies

La sage-femme apprécie la qualité et la quantité des lochies afin d'évaluer le risque hémorragique et infectieux du post partum [14]. Son examen permet d'éliminer des complications comme la rétention placentaire. Les saignements sont alors supérieurs à la normale et peuvent être associés à des douleurs ou des signes cliniques d'infections en cas de diagnostic retardé (fièvre, lochies malodorantes).

#### **3.1.2. Evaluation du risque infectieux**

L'utérus est palpé afin d'apprécier son involution et sa consistance. Un utérus tonique, globuleux, indolore à la palpation, présentant une involution décroissante et une discrète odeur des lochies éliminent une endométrite. Le diagnostic est donc clinique et paraclinique. Les signes d'appels apparaissent vers J4-J5 [14].

La sage-femme s'assure de la bonne cicatrisation de la plaie périnéale. Des examens biologiques urinaires peuvent être prescrits en présence de signes fonctionnels urinaires.

Les constantes hémodynamiques sont prises à chaque visite [13], [18], [17].

#### **3.1.3. Evaluation du risque thrombo-embolique**

Lors de la grossesse, des modifications de l'hémostase surviennent afin de protéger les femmes d'une hémorragie pouvant survenir lors de la naissance de leur enfant. Cet état d'hypercoagulabilité augmente pendant la grossesse pour être maximal au terme de la grossesse et en post partum immédiat. Le risque de maladie thrombo-embolique veineuse est cinq fois plus important chez des femmes enceintes que chez des femmes non enceintes à âge identique. La période à risque dans le post-partum est de six semaines et 40 % des thromboses veineuses profondes (TVP) surviennent après la sortie de l'hôpital [20].

C'est pourquoi un examen comparatif des deux membres inférieurs permettant de détecter des anomalies de la circulation veineuse est réalisé lors des visites à domicile. La sage-femme informe la patiente sur la surveillance des différents signes cliniques pouvant évoquer une phlébite et prodigue des conseils en rapport avec le risque d'œdèmes dû à la rétention d'eau encore visible dans le post partum. [21] En présence de facteurs de risques, la sage-femme prescrit des bas de contentions [13], [16].

### **3.1.4. Troubles digestifs et hémorroïdes**

La sage-femme s'assure de la reprise d'un transit digestif régulier. Celui-ci peut être perturbé par la présence d'hémorroïdes.

Les poussées hémorroïdaires nécessitent une adaptation du traitement en fonction de la clinique de la patiente. Pour la voie orale, le traitement associe des anti-inflammatoires ainsi que des veinotoniques. En ce qui concerne la voie locale, il est possible de prescrire des cicatrisants (*Titanoréine*®) ou des anesthésiques locaux disponibles en spray ou en gel. [14]

### **3.1.5. Accompagnement de l'allaitement**

La sage-femme soutient les mères en contribuant à la prévention de la déshydratation de l'enfant et donc vérifie l'efficacité des tétées. La prise de poids régulière (1 fois par semaine) est un bon indicateur d'efficacité de l'allaitement.

#### **❖ L'allaitement artificiel :**

La sage-femme éduque les patientes en rapport avec [22]:

- la conservation du lait : tout biberon reconstitué non immédiatement consommé, doit être conservé dans un réfrigérateur propre puis ressorti immédiatement avant l'utilisation afin d'être réchauffé au chauffe biberon ou au bain marie.
- la préparation : dans un endroit propre, sur un plan de travail préalablement nettoyé, une dose de lait pour trente grammes d'eau
- consommation du biberon : tout biberon doit être jeté dans un délai d'une heure après le début de sa consommation par l'enfant. Ce délai est réduit à trente minutes si le biberon est réchauffé.
- le nettoyage des biberons : il n'est pas indispensable de stériliser les biberons.
- l'augmentation des rations (selon l'âge et l'appétit) [23].

#### **→ Le traitement inhibiteur de la lactation :**

La sage-femme vérifie la bonne prise, l'efficacité et la tolérance du traitement inhibiteur de la montée de lait (AROLAC® (*Lisuride*) ou traitement homéopathique). L'engorgement mammaire est retrouvé chez 30 % des femmes qui n'allaitent pas [24].

Il se caractérise par une distension des vaisseaux et des tissus environnants. La femme peut alors ressentir une sensation locale de chaleur qui correspond à une congestion sanguine avec œdème [23]. Selon la symptomatologie de l'accouchée, la sage-femme peut prescrire des anti-inflammatoires, des antalgiques, conseiller l'application de compresses froides dans le but de traiter l'œdème.

#### ❖ L'Allaitement Maternel

L'évaluation de l'allaitement débute dès l'examen des seins [18] : il s'agit d'apprécier l'intégrité du mamelon ainsi que la qualité de la lactation dans le but de dépister d'éventuelles complications telles que des crevasses, des engorgements ou des lymphangites.

De cette manière, la sage-femme apporte soutien et informations nécessaires à la mère en :

- lui présentant les différentes variétés de positions pouvant soulager ses éventuelles douleurs et lui procurer une tétée de meilleure qualité,
- l'éduquant dans la reconnaissance et l'analyse des signes qui témoignent de l'efficacité d'une succion. (Reprise de poids, nombre et aspect des selles, quantité et aspect des urines, tranchées, fatigue, sensation de soif) [26],

La prise en charge de la douleur du post partum concernant l'allaitement doit être prise en compte par la sage-femme à domicile. Elle sera similaire à celle précédemment décrite pour l'allaitement artificiel. Néanmoins, les anti-inflammatoires sont contre-indiqués durant l'allaitement maternel.

Les traitements à visée antalgiques en rapport avec : les tranchées, la cicatrisation périnéale, l'allaitement, doivent être réévalués régulièrement par la sage-femme lors du suivi à domicile.

De plus, elle lui apportera l'aide nécessaire dans la gestion du traitement médicamenteux.

En présence de certains signes cliniques, la sage-femme peut être amenée à prescrire des examens biologiques ou certains traitements [13],[16].

L'allaitement, maternel ou artificiel est un temps de contact intime, d'échange et de plaisir privilégié entre la maman et son bébé. Il contribue à la construction du lien mère-enfant. [15], [18].

La qualité d'un allaitement renseigne sur l'établissement du lien mère bébé. Ce lien est renforcé par la réalisation des soins de puériculture.

Ainsi, la sage-femme accompagne la femme, son nouveau-né et sa famille dans cette période de transition. [27]

### ❖ Le sevrage tardif [28]

Plus de 50 % des femmes allaitent à la maternité, 30 à 40 % d'entre elles continuent à un mois et seulement 12 % poursuivent à trois mois. Les principales raisons de sevrage sont la reprise du travail, l'isolement des mères ou encore la fatigue. Il semble donc important que la sage-femme dispense les conseils de sevrage aux mamans allaitant leur enfant si celles-ci envisagent un sevrage dans les semaines suivantes.

#### **3.1.6. Prise en compte de l'état psychique**

Sur le plan émotionnel, la sage-femme recherche les signes évoquant un baby blues.

Historiquement nommé syndrome du troisième jour, il apparaît entre le deuxième et le cinquième jour après l'accouchement, donc potentiellement à domicile. 20 à 80 % des femmes le développent. Il est contemporain de la montée laiteuse dans 50 à 80 % des cas et, en principe est transitoire. Il se manifeste par un épuisement, des troubles du sommeil, une angoisse relative quant aux soins à apporter au bébé et aux capacités maternelles, surtout lors d'une première grossesse. Tous ces symptômes ne sont pas présents au même moment, certains sont plus accentués que d'autres. [29], [30], [32]

L'objectif pour la sage-femme sera de rassurer, d'écouter la maman pendant cette période de doutes, lui expliquer que cet état n'est pas pathologique mais physiologique et fréquent chez la plupart des femmes. La mère devra se sentir épaulée et soutenue. Ce trouble ne nécessite pas de traitement. Néanmoins, il est nécessaire que la sage-femme rassure les mères concernant leur capacité de maternage. Elle leur apporte soutien et confiance afin de leur offrir un sentiment rassurant pour un établissement du lien mère-bébé de qualité. [29], [30], [32]

#### **3.1.7. Lien mère-bébé**

Un des objectifs de soins de la sage-femme est d'évaluer la qualité de ce lien et de dépister d'éventuels signes précurseurs d'une mauvaise élaboration de celui-ci. Elle porte un regard sur le comportement maternel : intérêt de la mère pour son enfant ou rejet, douceur dans les gestes ou brutalité.

Le comportement de l'enfant est lui aussi pris en compte : agitation, phases d'éveils avec réclamation de tétée.

Cet établissement est renforcé lors des interactions entre la mère et son nouveau-né, particulièrement au cours des tétées et des gestes de maternage [26].

Les premiers jours de vie représentent un moment privilégié pour apprécier la qualité de l'établissement du lien mère-enfant. Son évaluation à domicile est essentielle [15].

### **3.1.8. Prévention**

La veille de la sortie de la maternité, la sage-femme a dispensé conseils et informations de sortie à la femme concernant [15], [18], [19], [34] :

- La prise en charge et les signes d'alarme pour les saignements et la cicatrice périnéale
- Les éventuels traitements antalgiques
- la contraception
- le calendrier des rendez-vous gynécologiques
- la rééducation périnéo-sphinctérienne

De nombreuses questions des accouchées peuvent surgir lorsqu'elles se retrouvent à leur domicile. La sage-femme peut être amenée à réitérer les conseils abordés à la maternité afin de répondre aux interrogations des accouchées. Elle s'assure de la possession des coordonnées professionnelles assurant le relai en urgence. De plus, les visites à domicile sont des moments propices qui favorisent un échange avec les parents sur le vécu du retour à domicile [15], [35].

Les bouleversements physiologiques, et les différentes adaptations physiques et psychologiques font que le repos est primordial durant les jours qui suivent une naissance.

## **3.2. Suivi du nouveau-né**

### **3.2.1. Evaluation clinique et paraclinique**

La première semaine de vie est une période cruciale pour le nouveau-né. Il doit s'adapter à son nouvel environnement afin d'acquérir l'autonomie de ses fonctions vitales et d'assurer sa croissance. Les ajustements fonctionnels, métaboliques, respiratoires et circulatoires s'effectuent dès la naissance et ce, pendant plusieurs jours voire plusieurs semaines [15].

De ce fait, la sage-femme effectue une surveillance spécifique :

- ❖ Elle apprécie son **état général** (coloration, respiration) puis pratique un examen clinique et neurologique. Elle contrôle l'efficacité de l'allaitement (nombre de tétées, de selles et d'urines par jour ainsi que l'évolution de la courbe de poids). La qualité des phases d'éveil et de sommeil du nouveau-né est également prise en compte. [23]
- ❖ **Le risque infectieux** bactérien ou viral, reste élevé dans le premier mois de vie. Les infections périnatales peuvent se manifester jusqu'à 15 jours après la naissance puisque la réponse immunitaire d'un nouveau-né est inadaptée et immature. De plus, l'effet protecteur du lait maternel n'est que partiel. La fièvre peut révéler une infection bactérienne, ou virale. Les détresses respiratoires ou les diarrhées sont des signes d'infections virales. Enfin, même si elles sont rares, il ne faut pas oublier que la coqueluche et la rougeole sont en recrudescence en France. Elles sont le résultat d'une couverture vaccinale insuffisante et restent graves. Au-delà de 15 jours de vie, les contaminations sont plutôt d'origine post-natale [2], [36].
- ❖ Le **métabolisme hépatique** favorise un pic d'hyperbilirubinémie qui survient en moyenne entre le quatrième et le cinquième jour. Cette hyperbilirubinémie se traduit cliniquement par un ictère. Ainsi, la sage-femme peut éventuellement pratiquer ou prescrire des examens complémentaires jugés nécessaires. [8], [38], [39]

### **3.2.2. Soins de puériculture**

La sage-femme s'assure que la mère prodigue les soins nécessaires pour son enfant [27]. Elle évalue les capacités de la mère vis-à-vis des soins au nouveau-né, l'accompagne et l'encadre dans cette démarche si la mère en ressent le besoin. Les soins concernent le bain, le cordon et l'hygiène corporelle.

Il est indispensable que ces soins soient appris et appliqués par la mère durant le séjour en maternité ou lors de la surveillance dans le cadre du PRADO afin qu'elle acquière une confiance, des gestes sécurisants et assurés pour manipuler son enfant [35]. La finalité est de générer un sentiment de sécurité chez le couple et chez le bébé pour que par la suite, la mère ne développe pas de sentiment d'isolement laissant place à l'émergence d'angoisses ou de baby blues.

### **3.2.3. Prévention**

La veille de la sortie de la maternité, la sage-femme dispense également les conseils de sortie. Ces conseils intéressent [41] :

- L'alimentation
- La réalisation des soins d'hygiène
- La prescription de vitamine D pour la prévention de l'hypocalcémie
- La prescription de vitamine K1 pour un allaitement maternel
- La pesée
- Le calendrier des rendez-vous pédiatriques
- La prévention de la mort subite du nourrisson.

A domicile, la compréhension des prescriptions délivrées à la maternité (vitamine D et K) sera vérifiée. [41]

La sage-femme accompagne, encadre et rassure la mère dans les soins de puériculture. Elle l'informe sur les besoins et les rythmes biologiques de l'enfant. Enfin, elle évalue la qualité des interactions mère-bébé. [15]

Si le PRADO répond aux besoins de la majorité des accouchées, il est nécessaire qu'a posteriori elles soient satisfaites de ce dispositif.

## **4. LA SATISFACTION**

### **4.1. Définition**

La satisfaction se définit comme un « contentement, un plaisir, qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire » et l'action de satisfaire comme : « Répondre à la demande de quelqu'un, contenter »<sup>3</sup>. C'est donc le résultat d'une réponse adaptée aux attentes : la satisfaction représente alors la différence entre la prestation reçue et la perception de cette prestation [42], [43].

La satisfaction est un concept individu-dépendant, subjectif et multidimensionnel. Elle prend en compte des aspects affectifs (émotionnels), cognitifs, culturels et sociodémographiques. De ce fait, elle est donc difficile à évaluer et à

### **4.2. Cadre de l'évaluation de la satisfaction**

Selon l'article premier de l'ordonnance du 24 Avril 1996, la mesure de la satisfaction des usagers est une obligation réglementaire : « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour* » [1], [4].

La mesure de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire qui s'inscrit dans le cadre de la procédure d'accréditation et qui «  *vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé* » (article L.6113 du Code de la Santé Publique). [45]

De par son évaluation, la satisfaction est donc un indicateur qui permet d'apprécier la qualité du service médical rendu (le PRADO) au patient (l'accouchée). Elle permet d'identifier des dysfonctionnements et d'y apporter le cas échéant, des améliorations.

Elle recouvre au moins trois réalités [34] :

- L'attente par l'utilisateur (l'accouchée) d'un certain type de service (sa prise en charge par la sage-femme libérale)
- La qualité attendue une fois ce service défini
- La qualité perçue lorsque ce service est rendu

---

<sup>3</sup> Selon le dictionnaire LAROUSSE

### **4.3. Outils nécessaires à l'évaluation**

« *Evaluer la satisfaction, c'est mesurer un objet dont les dimensions varient, de façon aléatoire, avec un instrument non étalonné* » [35]. Le choix de l'échelle de satisfaction est donc important car elle oriente la décision sur le choix des réponses et de ce fait, sur la mesure de la satisfaction [6].

La satisfaction peut se mesurer à l'aide d'une échelle numérique qualitative. Celle-ci est adaptée de par sa simplicité d'utilisation ce qui permet la réalisation de mesures répétées [47]. Une échelle numérique qualitative cotant la satisfaction de 0 à 10 (0 étant très insatisfait et 10 très satisfait) semble donc la plus adaptée [48].

Pour Vuori<sup>4</sup>, « si les patients sont mécontents, les soins n'ont pas atteint leur objectif » [39].

### **4.4. Les différentes enquêtes réalisées à propos du PRADO**

#### **4.4.1. Enquête auprès des accouchées en retour précoce**

Une évaluation sur une durée de deux ans, du service d'hospitalisation à domicile dédié à l'accompagnement des sorties précoces a été réalisée dans les Vosges. La maternité fonctionnait en partenariat avec cette structure permettant aux nouvelles accouchées en retour précoce, de bénéficier d'une aide-ménagère à raison de huit heures réparties sur quatre jours dans le but de privilégier le repos. Les résultats montrent que le recours à cette offre a intéressé soixante-dix femmes sur cent quarante. Parmi ces femmes, 85 % étaient des multipares. La raison principale de ce refus était la crainte de l'intervention d'une personne inconnue au sein du domicile [27].

#### **4.4.2. Les recommandations concernant le Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement (RPDA)**

La HAS (Haute Autorité de Santé), dans son texte de recommandations de Mai 2004 stipule que : « *L'évaluation d'un dispositif de suivi de RPDA doit être prévue dès sa mise en place, afin de vérifier l'absence d'effets délétères et l'existence de bénéfices du RPDA sur la santé physique et morale de la mère et de l'enfant. Des enquêtes ponctuelles permettent de mesurer la satisfaction des familles, des professionnels de la maternité et ceux assurant le suivi à domicile. L'évaluation régulière du RPDA doit être prévue dans la charte de l'organisation du suivi à domicile* ». [7]

---

<sup>4</sup> Médecin chercheur

#### **4.4.3. Le point de vue de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)**

Une enquête réalisée par la DREES en 2006 a permis d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan de périnatalité 2005-2007. Une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité. Les trois quart des femmes jugeaient la durée du séjour adéquate, 21 % la jugeaient trop longue, tandis que 7 % la jugeait trop courte. [50]

Concernant le versant pédiatrique, une étude réalisée en 1995, à la maternité de l'hôpital de Montmorency a montré que, lorsque les sorties précoces sont accompagnées d'un suivi à domicile d'un minimum de deux jours, elles ne sont pas à l'origine de ré-hospitalisation des nouveau-nés [51].

#### **4.4.4. Enquête sur l'évaluation de l'impact sur les ré-hospitalisations des mères et des enfants**

Une évaluation de l'impact sur les ré-hospitalisations des mères et des enfants a été réalisée par la convention annuelle FHP-MCO (Fédération de l'Hospitalisation Privée – Médecine Chirurgie Obstétrique). Cette étude montre qu'aucune ré-hospitalisation maternelle entre le lendemain de la sortie et le 60<sup>ème</sup> jour suivant l'accouchement n'a été répertoriée.

Pour l'enfant, elle note neuf ré-hospitalisations sur 1101 enfants. Les motifs d'hospitalisations n'ont pas été détaillés. [52]

#### **4.4.5. Enquête menée par l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF)**

Réalisée en 2012, cette enquête menée par l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes apporte une réflexion sur le PRADO du point de vue des sages-femmes libérales. L'indisponibilité est le principal refus de répondre à la demande de soins. De plus, les sages-femmes signalent que les critères d'éligibilité au dispositif pour une date de sortie à partir du 3<sup>ème</sup> jour, font que les patientes PRADO ne sont pas prioritaires par rapport à la prise en charge médicale des grossesses pathologiques. De ce fait, la majorité des sages-femmes limitent la prise en charge des patientes à ce qui leur est possible.

Il est également décrit que le PRADO représente une opportunité pour certaines sages-femmes de développer leur activité et faire connaître leurs compétences. Les sages-femmes suivent alors davantage de nouvelles patientes que de patientes habituelles. Le PRADO est donc sans doute un outil pour que des femmes qui n'avaient pas de contact avec une sage-femme puissent en créer un.

La question des réhospitalisations est également abordée pour 3,2 % des sages-femmes et ne concernent que le bébé présentant un ictère.

Les sages-femmes mentionnent la question du manque de confiance des pédiatres dans la compétence des sages-femmes et leurs réticences à laisser sortir les bébés à J3. La question des week-ends est peu mentionnée en tant que problème, mais représente un frein qui limite la prise en charge des femmes. [53]

Tout comme le retour précoce à domicile après l'accouchement, l'évaluation du dispositif PRADO auprès des accouchées constitue une aide à la réflexion pour la détermination d'axes d'améliorations.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**MATERIELS ET METHODES**

## **1. SCHEMA D'ETUDE**

### **1.1. La population étudiée et le nombre de sujets nécessaires**

La population étudiée est l'ensemble des accouchées de l'HME de Limoges adhérant au PRADO durant la période débutant en Février 2014 jusqu'à Septembre 2014. Les patientes ne lisant pas et /ou ne comprenant pas le français, dont l'enfant était hospitalisé ou n'était pas éligible au PRADO ont été exclues de l'étude. Le nombre de sujets nécessaires a été fixé à 158 sujets. Une estimation réalisée sur 4 mois par la cadre de la maternité de l'HME, a permis d'évaluer la durée de l'étude à 4 mois et demi.

### **1.2. La satisfaction**

Le critère principal de jugement est la satisfaction des accouchées de l'HME de Limoges concernant le PRADO.

Pour évaluer le niveau de satisfaction, nous avons demandé aux accouchées de coter leur satisfaction sur une échelle de 0 à 10.

De façon globale, ont été jugées comme satisfaites les accouchées dont la réponse était de [5 à 10]. Les accouchées étaient « plutôt satisfaites » lorsque la réponse était de [5-7] et « très satisfaites » si la réponse était de [8-10].

De manière générale, ont été jugées comme non satisfaites les accouchées dont la réponse était de [0 à 4,9]. Les accouchées étaient jugées « plutôt insatisfaites » quand la réponse était de [3-4,9] et « très insatisfaites » si la réponse était de [0-2,9].

Pour évaluer la réponse aux attentes des accouchées, nous avons demandé si la prise en charge par rapport à la sage-femme a répondu à leurs attentes concernant la prise en charge médicale, la prise en charge de l'allaitement et celle de leur enfant en leur demandant de la coter sur une échelle allant de 0 à 10.

Le dispositif répondait aux attentes des accouchées lorsque les réponses étaient comprises entre [5-10] et ne répondait pas aux attentes des accouchées lorsque les réponses étaient comprises entre [0-4,9].

## **2. LES VARIABLES ETUDIEES**

Dans un premier temps, les variables étudiées ont permis la description des caractéristiques socio-démographiques de la population : situation familiale, parité. Nous avons ensuite évalué la procédure de prise en charge du suivi PRADO : professionnels surveillant la grossesse, attentes initiales des accouchées concernant le PRADO, évaluation du déroulement des visites comme le nombre, la durée, le jour de la première visite et de la deuxième.

D'autre part, nous avons mis en évidence le ressenti de la mère ainsi que sa prise en charge pour elle-même et pour son enfant par la sage-femme d'un point de vue général, obstétrical et pédiatrique.

Enfin, nous avons dressé un bilan général à J8 qui consiste à évaluer si la femme nécessite encore des soins ou un accompagnement à ce jour. La satisfaction et la réponse aux attentes concernant la prise en charge globale, médicale et pédiatrique par la sage-femme ont également été investiguées.

## **3. MISE EN PLACE DE L'ETUDE**

Après accord de la sage-femme cadre de la maternité de l'hôpital mère-enfant, un pré-test auprès de 3 accouchées a été organisé au mois de décembre 2013. A partir d'une liste fournie par la CPAM, le CAM a distribué un feuillet (annexe 1) dont l'objectif était de présenter notre action de recherche aux accouchées et d'obtenir leur adhésion. Ce feuillet a également servi à recueillir leurs coordonnées téléphoniques. Il a été récupéré par le CAM le jour même.

Les accouchées ont été contactées entre J8 et J16 soit après les deux visites de la sage-femme. Il s'agissait d'un questionnaire téléphonique d'une durée de dix minutes environ par patiente. Les questionnaires étaient anonymes.

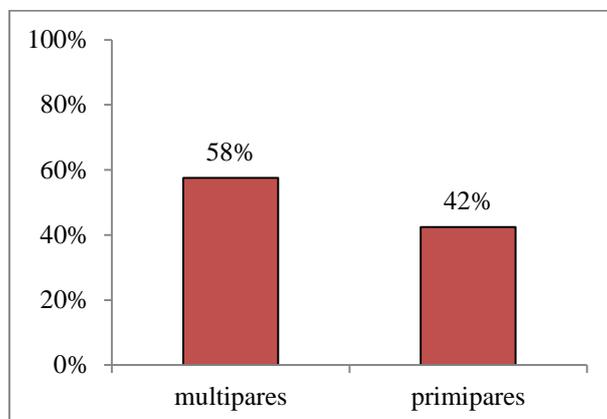
## **4. SAISIE ET EXPLOITATION DES DONNEES**

Les données ont été saisies dans un tableur Microsoft Excel 2010 puis exploitées à l'aide du logiciel Statview®. La recherche de différence entre la population des primipares et la population des multipares s'est faite grâce au test du Chi 2. La comparaison entre les moyennes s'est effectuée grâce au test de Student.

**TROISIEME PARTIE :**  
**LES RESULTATS DE L'ETUDE**

## 1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

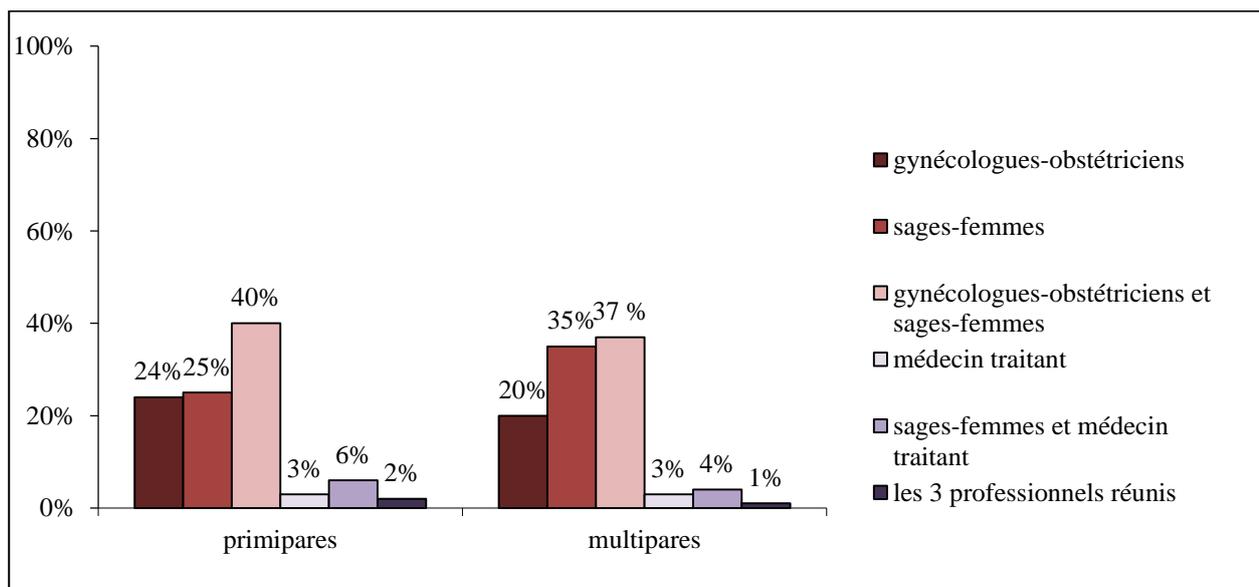
### 1.1. La parité



*Figure 1. La parité*

Notre effectif comporte 158 patientes. Sur ces 158 patientes, 67 sont des primipares soit 42 %, 91 sont des multipares, soit 58%. 95 % des femmes sont en couple (150 femmes).

### 1.2. Professionnels qui ont suivi la grossesse



*Figure 2. Réalisation du suivi de grossesse*

Le suivi de grossesse exclusif par les sages-femmes représente 35 % pour les multipares et 25 % pour les primipares. Aucune différence significative n'a été observée ( $p=0,123$ ).

Les gynécologues-obstétriciens, ont assuré le suivi pour 24 % des primipares et pour 20 % des multipares.

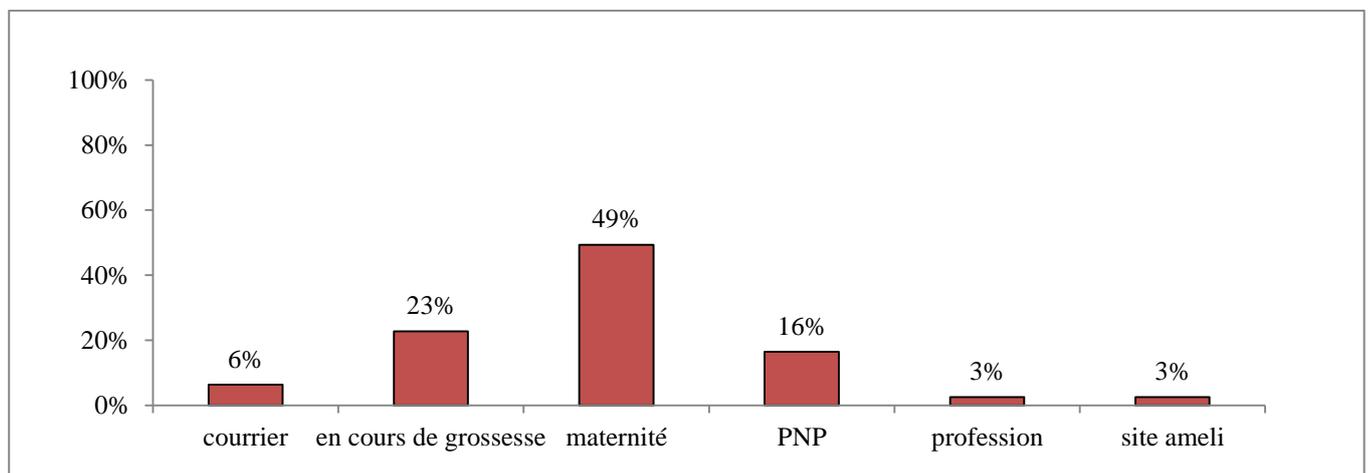
Les gynécologues-obstétriciens en collaboration avec les sages-femmes ont réalisé le suivi de grossesse de 40 % des primipares et de 37 % des multipares.

Enfin, les médecins traitant ont également suivi des grossesses de :

- 3% des primipares et 3 % des multipares
- 6 % des primipares et 4 % des multipares en collaboration avec un sage-femme
- 2% des primipares et 1 % des multipares en collaboration avec une sage-femme et un gynécologue-obstétricien

## **2. PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DU PRADO**

### **2.1. Moment de l'information PRADO**

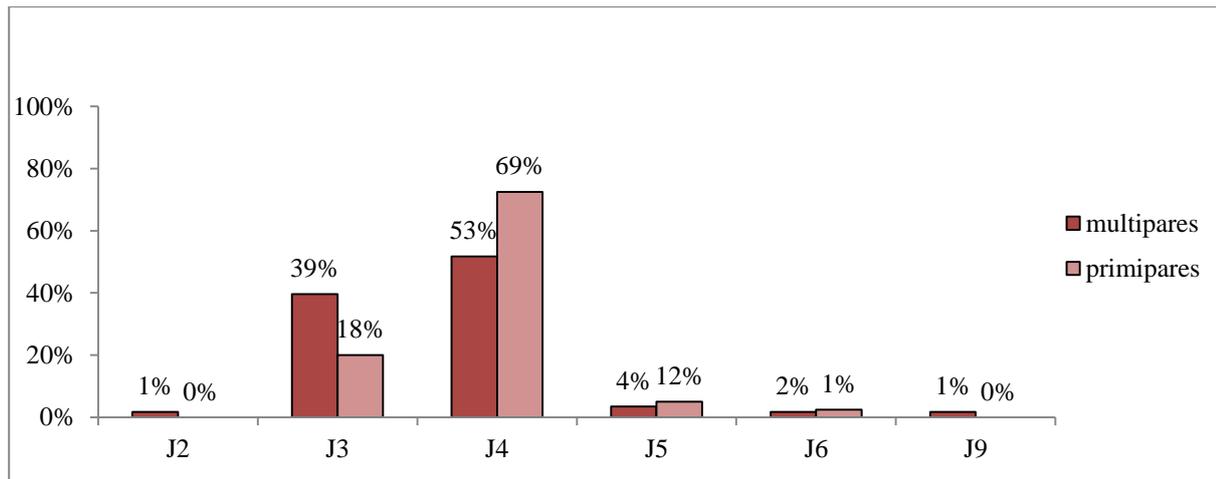


***Figure 3. Information PRADO***

Pour la grande proportion des patientes, l'information concernant la possibilité d'une sortie PRADO a été délivrée lors du séjour à la maternité par un Conseiller d'Assurance Maladie (CAM).

Pour un quart des femmes environ, l'information a été délivrée lors des consultations de suivi de grossesses. De façon générale, la sage-femme semble être l'interlocuteur principal qui donne l'information. De plus, nous avons remarqué que les accouchées bénéficiaient d'une double information à la maternité : d'une part par la sage-femme et d'autre part, par le conseiller d'assurance maladie.

## 2.2. Jour de sortie selon la parité



***Figure 4. Jour de sortie***

**Concernant les sorties à J3** : Plus d'un tiers des multipares (35 femmes) est sorti à J3.

Une différence significative a été observée entre les deux populations : davantage de multipares sont sorties à J3 avec un  $p = 0,001$ .

**Concernant les sorties à J4** : Les primipares sont davantage sorties à J4 que les multipares. Nous avons observé une différence significative entre les deux populations avec un  $p = 0,02$

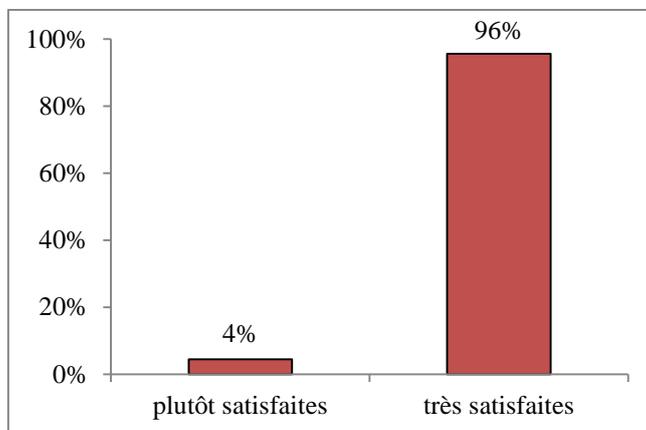
**Concernant les sorties à J5** : Les primipares sont davantage sorties à J5 que les multipares avec une différence significative entre les deux populations :  $p = 0,03$

D'une manière générale, nous remarquons que les sorties se réalisent plus tôt pour les multipares (J3) alors qu'elles sont plus tardives pour les primipares qui sortent à partir du quatrième jour.

Aucune primipare n'est sortie à J9 tandis qu'une multipare est sortie à cette date.

### **3. LA SATISFACTION**

#### **3.1. Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge globale**

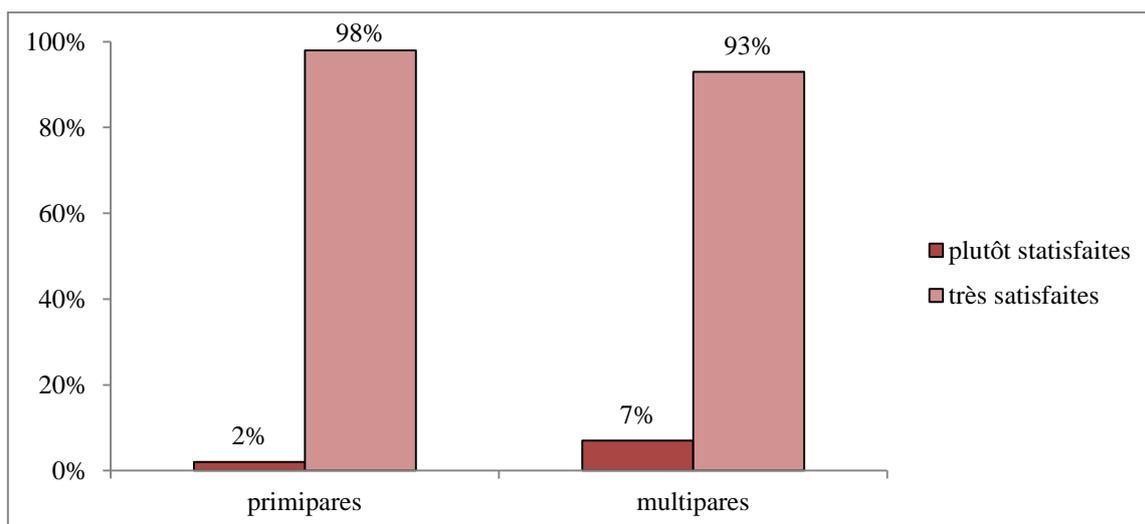


***Figure 5. La satisfaction de la prise en charge globale***

La grande majorité de nos accouchées (152 femmes) s'est estimée très satisfaite de la prise en charge PRADO, et 6 accouchées se sont estimées plutôt satisfaites.

Aucune patiente n'a été insatisfaite ou peu satisfaite.

#### **3.2. Satisfaction des accouchées en fonction de la parité concernant leur prise en charge globale**



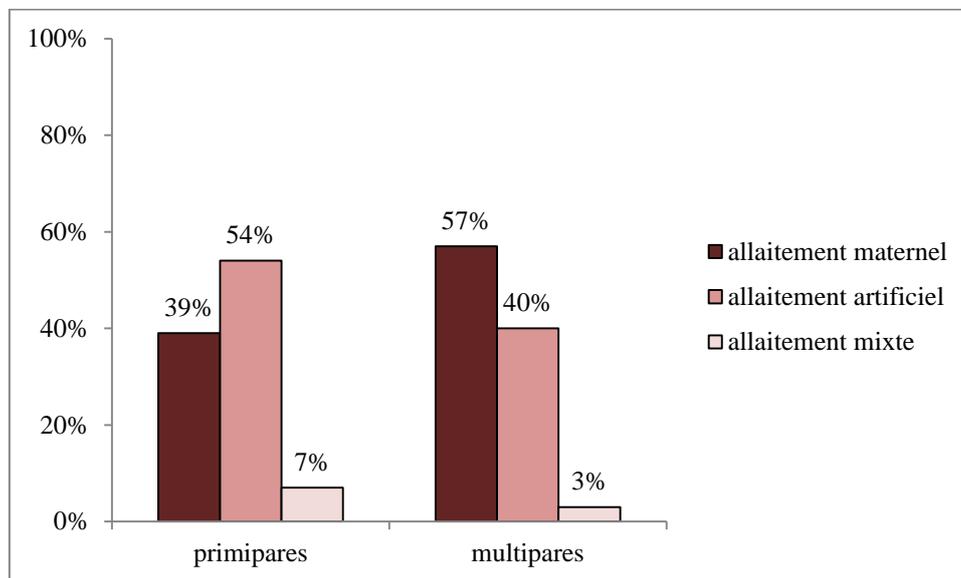
***Figure 6. Satisfaction des accouchées en fonction de la parité concernant leur prise en charge globale***

Les patientes « plutôt satisfaites » de leur prise en charge globale par la sage-femme libérale sont dans la population des primipares 2% et dans la population des multipares 7%.

Les patientes « très satisfaites » de leur prise en charge globale par la sage-femme libérale sont dans la population des primipares 98% et dans la population des multipares 93%.

Il n'existe pas de différence significative,  $p = 0,129$  entre les primipares et les multipares concernant leur satisfaction. Il n'y a aucune patiente insatisfaite.

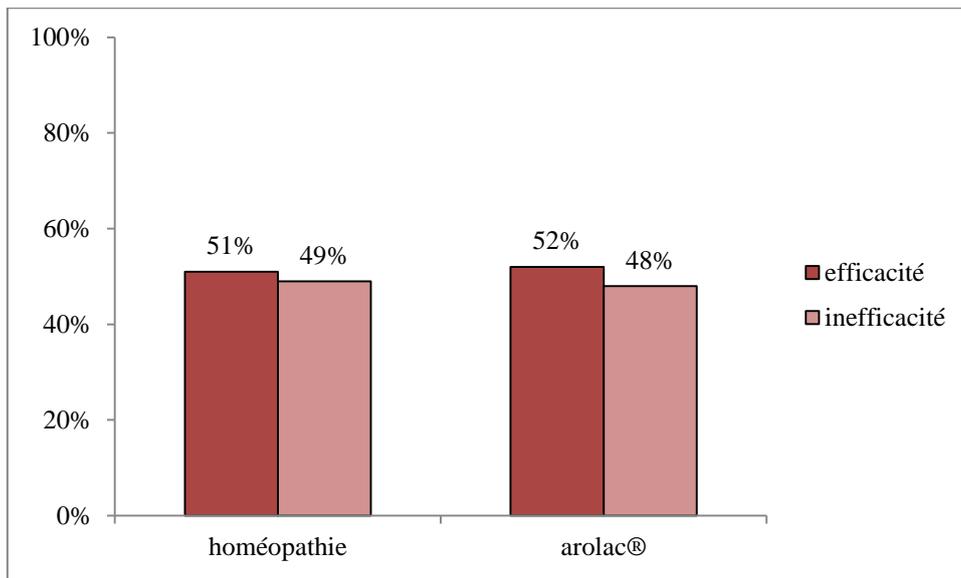
### **3.3. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge de leur allaitement, maternel ou artificiel**



***Figure 7. Répartition de l'allaitement maternel, artificiel et mixte selon la parité***

Chez les primipares l'allaitement maternel concernent 39 % des femmes tandis que l'allaitement artificiel regroupe 54 % des primipares.

Contrairement aux primipares, les multipares ont davantage recours à l'allaitement maternel.



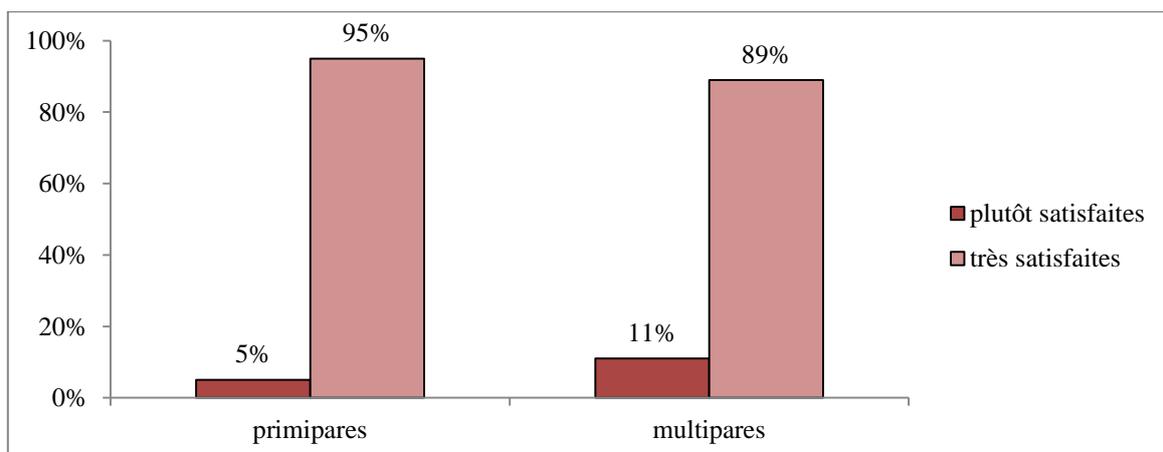
***Figure 8. Efficacité du traitement inhibiteur de la lactation***

Notre échantillon était composé de 72 accouchées bénéficiant d'un traitement inhibiteur de la lactation.

Parmi ces femmes, 47 avaient un traitement homéopathique et 23 ont eu un engorgement à domicile ce qui représente 49 % de cet échantillon.

Parmi les femmes bénéficiant d'un traitement par Arolac®, soit 25 femmes, 12 ont eu un engorgement à domicile c'est-à-dire 48 %.

D'une manière générale, le traitement inhibiteur de la lactation a été efficace pour une femme sur deux.



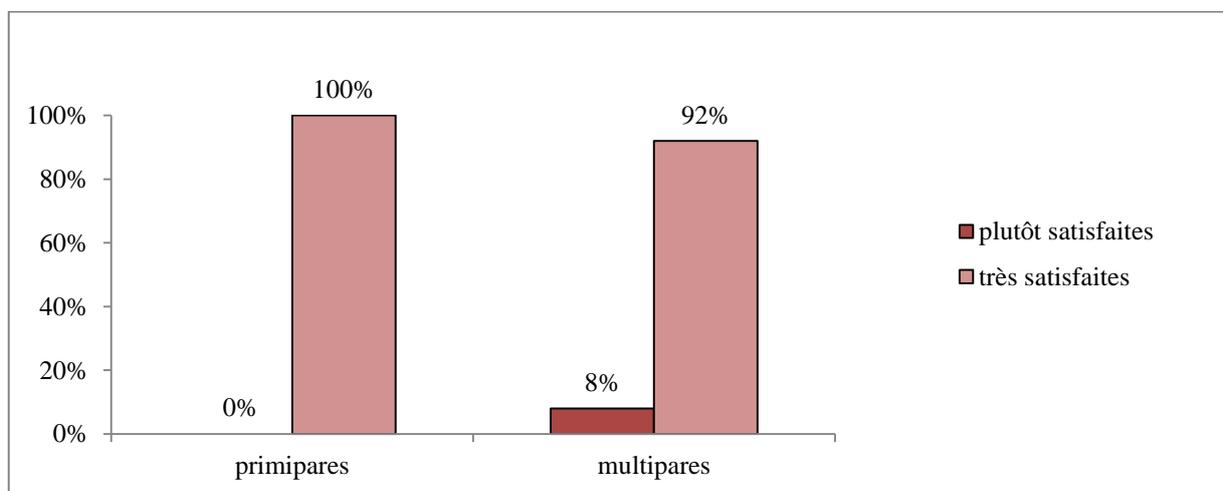
***Figure 9. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge de leur allaitement selon la parité***

La grande majorité, (95% des primipares et 89% des multipares) des accouchées se sont estimées « très satisfaites » par la prise en charge de leur allaitement.

Nous avons observé que 5% des primipares et 11% des multipares s'estimaient plutôt satisfaites.

Le test du Chi2 a retrouvé un  $p = 0,14$  démontrant qu'il n'y a pas de différence significative entre la population des primipares et celle des multipares concernant la prise en charge de l'allaitement.

### **3.4. Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge obstétricale**



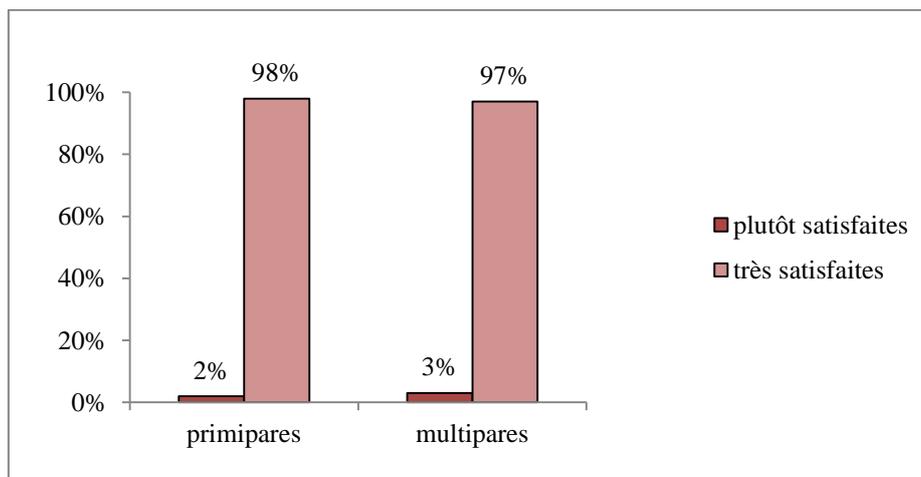
***Figure 10. Satisfaction des accouchées concernant leur prise en charge obstétricale***

L'ensemble des primipares s'est estimé « très satisfaite » de leur prise en charge obstétricale.

Les multipares « plutôt satisfaites » représentent 8%, tandis que les multipares « très satisfaites » représentent 92%.

Le test du Chi2 a calculé  $p = 0,0202$  révélant une différence significative entre la satisfaction des primipares et celle des multipares concernant leur prise en charge obstétricale. Les primipares sont davantage satisfaites que les multipares.

### 3.5. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge néonatale



***Figure 11. Satisfaction des accouchées concernant la prise en charge néonatale***

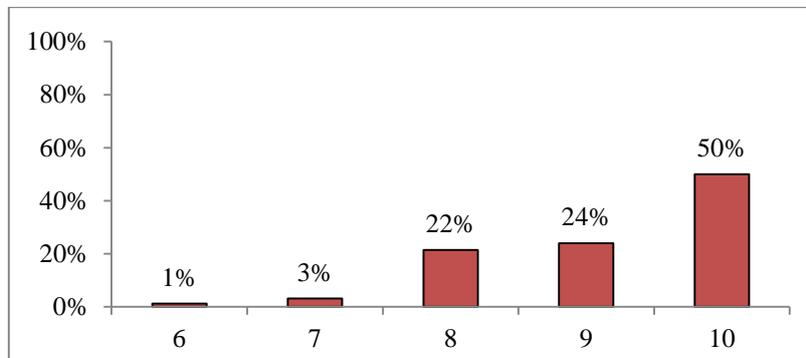
La grande majorité des accouchées a été « très satisfaite » par la prise en charge néonatale de la sage-femme libérale. Seulement 2 % des primipares et 3 % des multipares se sont estimées être « plutôt satisfaites » par cette prise en charge.

Il n'existe pas de différence significative entre les primipares et les multipares concernant leur satisfaction.

## **4. ATTENTES DES ACCOUCHEES**

### **4.1. Réponse aux attentes des accouchées**

La prise en charge a été cotée sur une échelle analogique allant de 0 à 10.

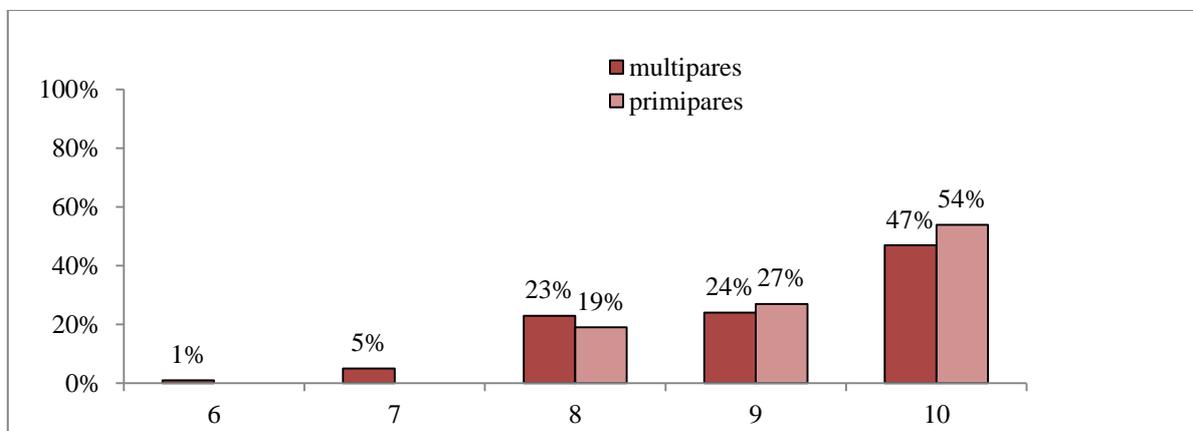


***Figure 12. Réponse aux attentes des accouchées***

***La prise en charge obstétricale a été évalué à :***

- 6/10 pour 1 % de la population générale
- 7/10 pour 3 % de la population générale
- 8/10 pour 22 % de la population générale
- 9/10 pour 24 % de la population générale
- 10/10 pour la moitié de la population générale

### **4.2. Réponse aux attentes concernant leur prise en charge obstétricale**



***Figure 13. Réponse aux attentes concernant leur prise en charge obstétricale***

**Concernant les primipares, la cotation va de 8 à 10 :**

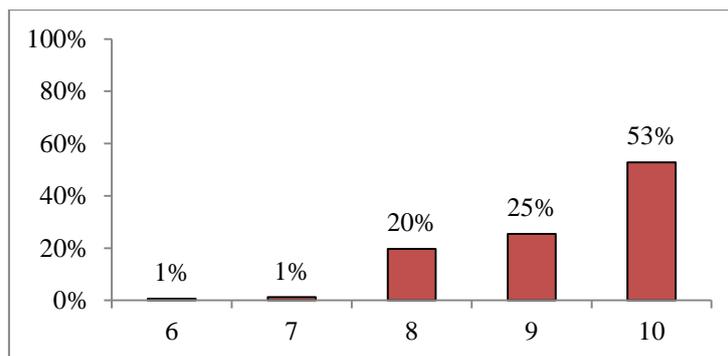
- 19 % cotent 8/10, soit 13 patientes
- 27 % cotent 9/10, soit 18 patientes
- 54 % cotent 10/10 soit 36 patientes

**Concernant les multipares, la cotation va de 6 à 10 :**

- 1 % cote 6/10 soit 1 patiente
- 5 % cote 7/10 soit 5 patientes
- 23 % cote 8/10 soit 21 patientes
- 24 % cote 9/10 soit 22 patientes
- 47% cote 10/10 soit 43 patientes

Il existe une différence significative concernant la satisfaction entre la population des primipares et celle des multipares car  $p = 0,020$ . Le PRADO a répondu davantage aux attentes obstétricales des primipares que celles des multipares.

**4.3. Réponse aux attentes des accouchées concernant la prise en charge néonatale**

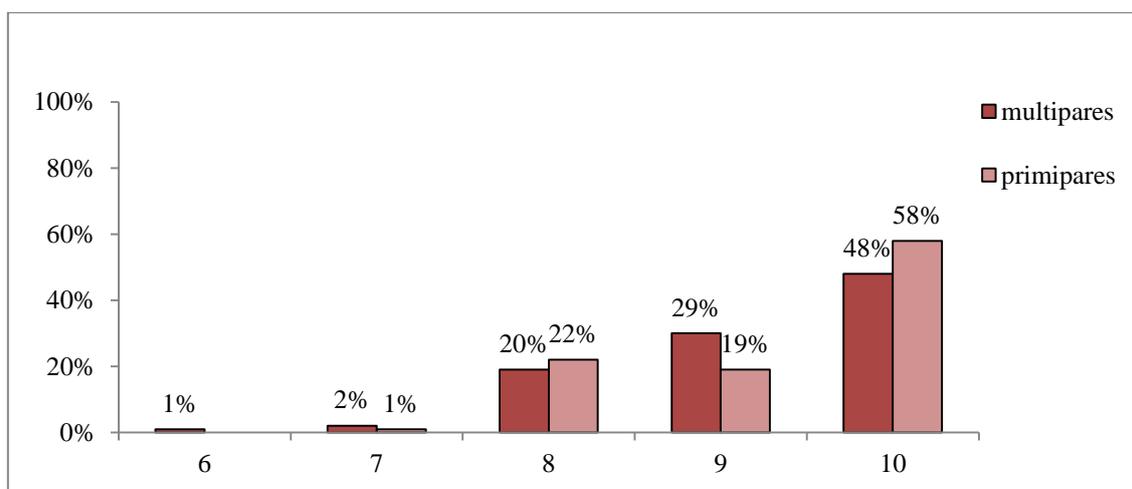


***Figure 14. Réponse aux attentes des accouchées concernant la prise en charge néonatale***

***Pour la population générale, la prise en charge néonatale a été cotée à :***

- 6/10 et 7/10 pour 2 % soit 3 patientes
- 8/10 pour 20 % soit 32 patientes
- 9/10 pour 25 %, soit 39 patientes
- 10/10 pour la majorité des patientes soit 84 femmes

#### **4.4. Réponse aux attentes par rapport à la prise en charge néonatale par la sage-femme libérale**



***Figure 15. Réponse aux attentes par rapport à la prise en charge néonatale par la sage-femme libérale selon la parité***

***Concernant les primipares, la cotation va de 7 à 10 :***

- 1 % cote 7/10 soit 1 patiente
- 22 % cote 8/10 soit 14 patientes
- 19 % cote 9/10 soit 13 patientes
- 10 % cote 10/10 soit 39 patientes

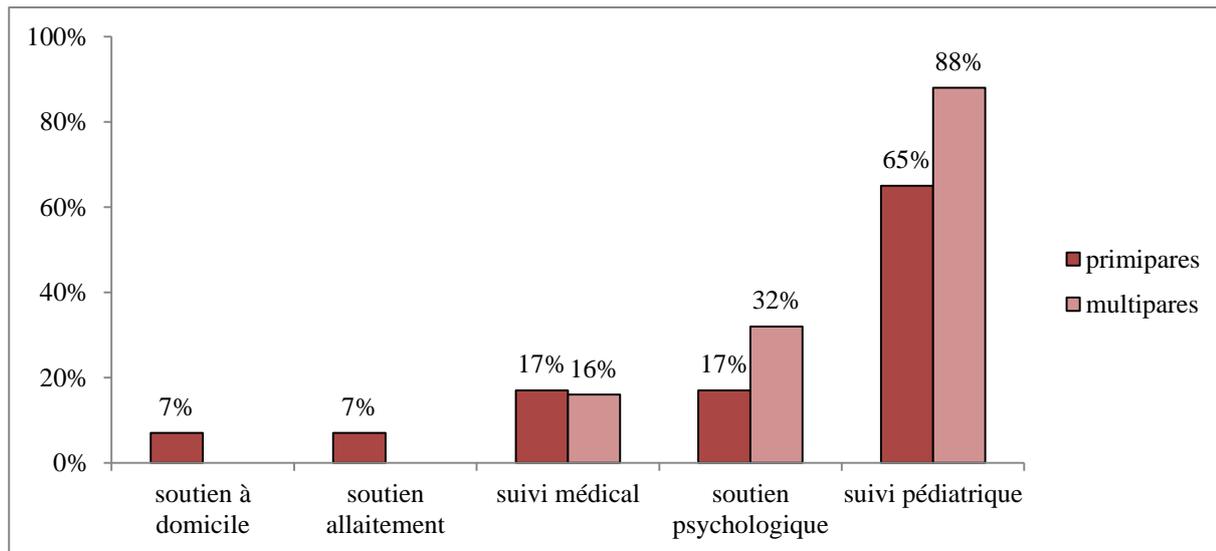
***Concernant les multipares, la cotation va de 6 à 10 :***

- 3 % cote 6/10 et 7/10 soit 3 patientes
- 20 % cote 8/10 soit 18 patientes
- 29 % cote 9/10 soit 26 patientes
- 48 % cote 10/10 soit 44 patientes

Il existe une différence significative entre la population des primipares et celle des multipares. ( $p = 0,020$ ). Le PRADO répond davantage aux attentes néonatales des primipares que celles des multipares.

#### 4.5. Les attentes spécifiques selon la parité concernant le PRADO

Dans cet item, plusieurs réponses étaient possibles.



***Figure 16. Les attentes spécifiques aux accouchées selon la parité***

Sur la population des primipares qui ont des attentes, 17 soit 65 % ont eu comme attente principale le suivi pédiatrique (pesée, soins du cordon, alimentation).

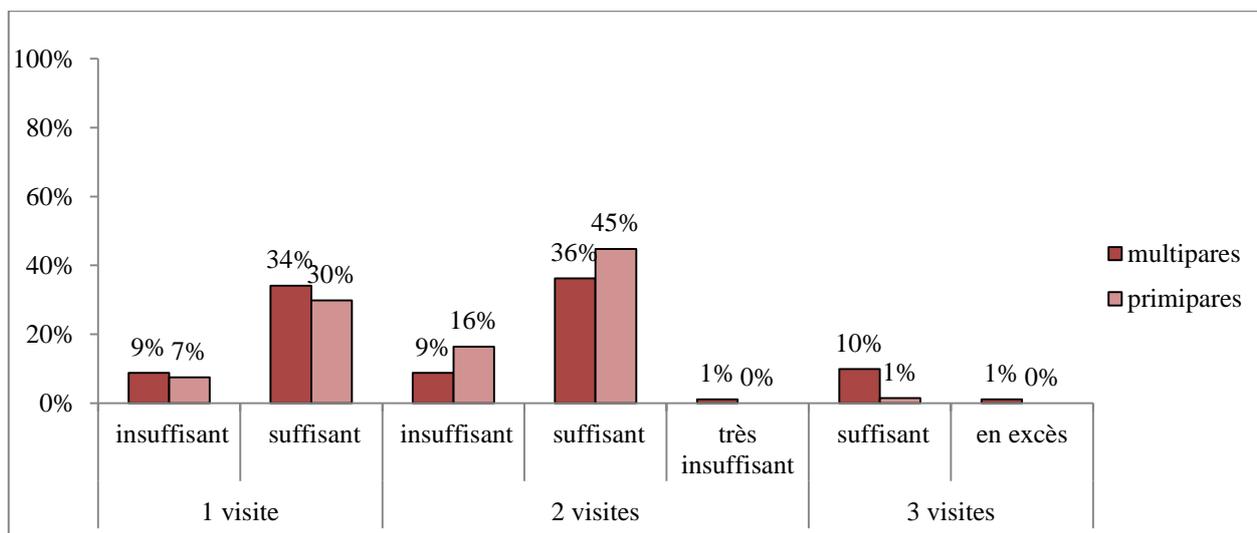
De plus, cinq d'entre elles sont intéressées par un soutien psychologique (baby-blues) et sur le suivi médical (conseils par rapport aux pertes, à la cicatrisation d'épisiotomie, au traitement médicamenteux lorsqu'il était nécessaire).

Enfin, 2 d'entre elles (7%) ont exprimé le désir de conseils concernant l'allaitement maternel (positions d'allaitement, rythme des tétées, conseils pour les engorgements et les crevasses), et 2 (7%) patientes souhaitaient un soutien à domicile (réassurance).

Concernant les multipares, soit 48 patientes, leur attente principale est le suivi pédiatrique, vient ensuite le soutien psychologique pour 17 multipares. Huit multipares avaient pour attente le suivi médical.

## 5. LES VISITES

Concernant les visites à domicile, les primipares ont reçu en moyenne 1,76 visites, les multipares 1,68. Aucune différence significative n'a été montrée.



***Figure 17. Point de vue des accouchées concernant la suffisance des visites***

***Dans la population des femmes ayant bénéficié d'une seule visite soit 63 femmes :***

- 9 % des multipares (8 femmes) et 7 % des primipares (5 femmes) estiment que c'est insuffisant
- 34 % des multipares (31 femmes) et 30 % des primipares (19 femmes) estiment que c'est suffisant

***Dans la population des femmes ayant bénéficié de deux visites soit 84 femmes :***

- 36 % des multipares (33 femmes) et 45 % des primipares (29 femmes) estiment que c'est suffisant
- 9 % des multipares (8 femmes) et 16 % des primipares (13 femmes) estiment que c'est insuffisant
- 1% des multipares (1 femme) estime que c'est très insuffisant

*Dans la population des femmes ayant bénéficié de trois visites soit 11 femmes :*

- 10 % des multipares (9 femmes) et 1 % des primipares (1 femme) estiment que c'est suffisant
- 1 % des multipares (1 femme) estime que c'est en excès

## **6. NECESSITE D'UNE AIDE A DOMICILE**

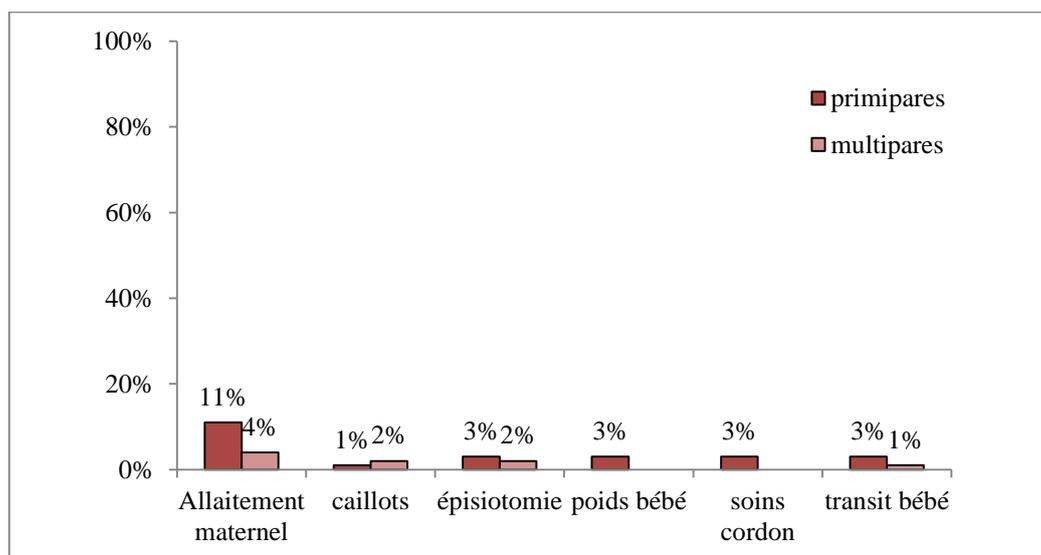
La majorité des femmes (60%), primipares et multipares ont jugé nécessaire une aide à domicile. Aucune différence significative n'a été observée ( $p = 0,5016$ ).

## **7. RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE EN DEHORS DES VISITES**

### **7.1. Nécessité de contacter une sage-femme en dehors des visites PRADO**

Notre étude montre que 21 primipares, soit 31 % de la population des primipares et 10 multipares, soit 11 % de la population des multipares, ont contacté la sage-femme en dehors des visites PRADO.

### **7.2. Motifs d'appels des accouchées aux sages-femmes libérales en dehors des visites PRADO**

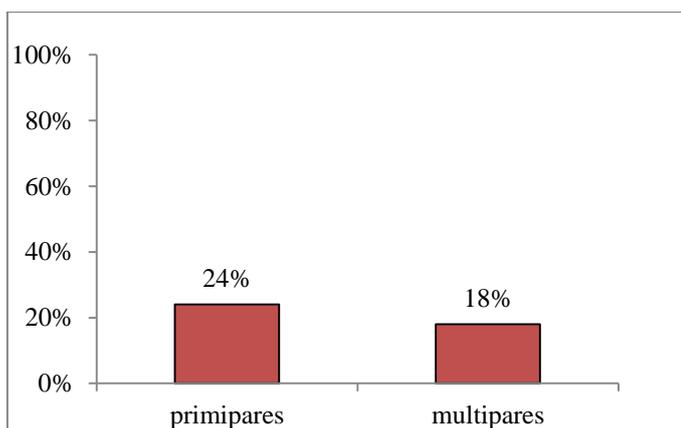


***Figure 18. Motifs d'appels des accouchées aux sages-femmes libérales***

Trois motifs d'appels concernent le nouveau-né, huit concernent la mère.

Pour sept primipares et quatre multipares, il semble que l'allaitement maternel soit le premier motif d'appels des accouchées en dehors des visites.

### **7.3. Recours à d'autres professionnels de santé**



***Figure 19. Recours à d'autres professionnels de santé***

16 primipares et 16 multipares ont eu recours à d'autres professionnels de santé après le retour à domicile.

### **7.4. Professionnels de santé auxquels ont eu recours les accouchées.**

Parmi les 16 primipares qui ont eu recours à un professionnel de santé :

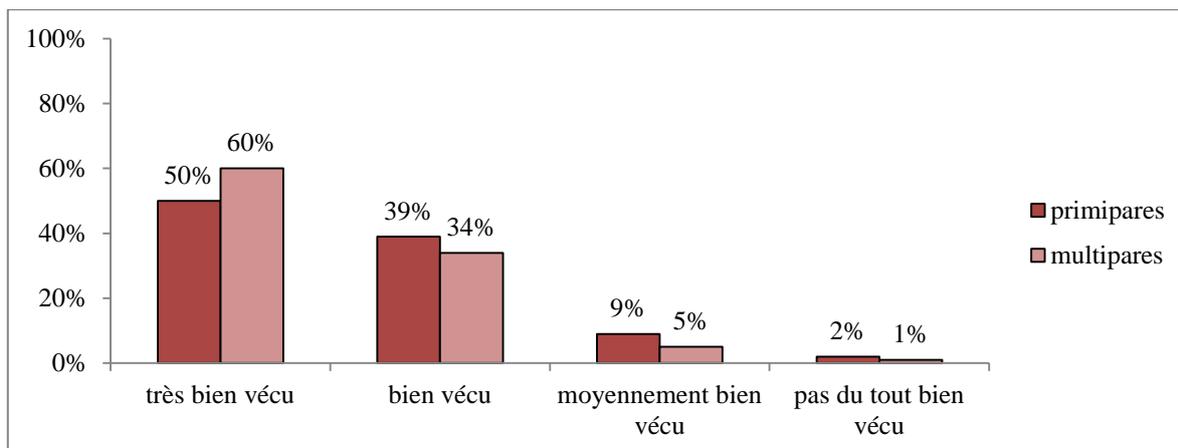
- deux femmes sont allées aux urgences pour des pertes anormales,
- six femmes se sont rendues chez le médecin traitant (surveillance de tension artérielle, inquiétudes face au cordon ombilical),
- cinq sont allées chez un ostéopathe pour des douleurs post-accouchement,
- trois se sont rendues chez la sage-femme pour la cicatrisation d'épisiotomie.

Parmi les 16 multipares qui ont eu recours à un professionnel de santé :

- trois femmes se sont rendues aux urgences pédiatriques pour des suspicions de colique du nouveau-né
- dix femmes se sont rendues chez le médecin traitant (suspicion de colique chez le nouveau-né, conjonctivite de l'enfant, surveillance de tension artérielle pour la mère, conseils pour la cicatrisation du cordon ombilical, conseils pour le traitement inhibiteur de la lactation qui était inefficace).
- deux sont allées chez l'ostéopathe pour des douleurs post-accouchement,
- une s'est rendue aux urgences gynécologiques pour des pertes qui leur paraissaient anormales

Aucune réhospitalisation pédiatrique, ni maternelle n'a été identifiée sur notre échantillon.

## **8. VECU DU RETOUR A DOMICILE PRADO**



***Figure 20. Vécu du retour à domicile***

***Concernant le retour à domicile des 67 primipares :***

Elles sont 34 femmes à l'avoir très bien vécu, 26 à l'avoir bien vécu, six à l'avoir moyennement bien vécu. Une seule femme ne l'a pas du tout bien vécu

### ***Le retour à domicile des 91 multipares :***

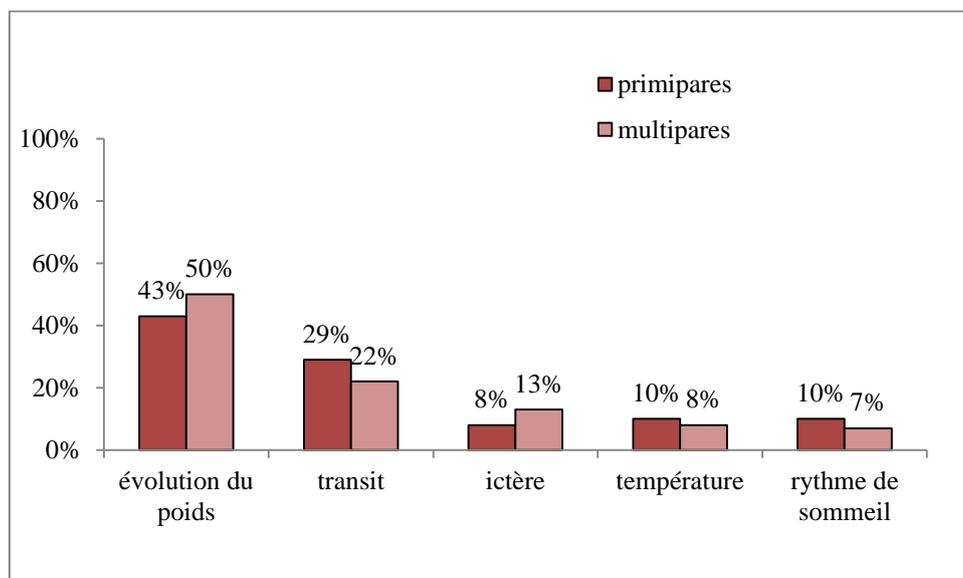
Elles sont 55 femmes à l'avoir très bien vécu, 31 à l'avoir bien vécu. Quatre femmes l'ont moyennement bien vécu et une seule ne l'a pas du tout bien vécu.

Pour la majorité, le retour à domicile a été bien et très bien vécu pour les primipares et les multipares. Il n'existe pas de différence significative concernant le vécu du retour à domicile entre les primipares et les multipares ( $p = 0,52$ ).

## **9. LES INQUIETUDES**

### **9.1 Principales inquiétudes des mères concernant le nouveau-né**

Dans cet item, plusieurs réponses étaient possibles.



***Figure 21. Principales inquiétudes des femmes***

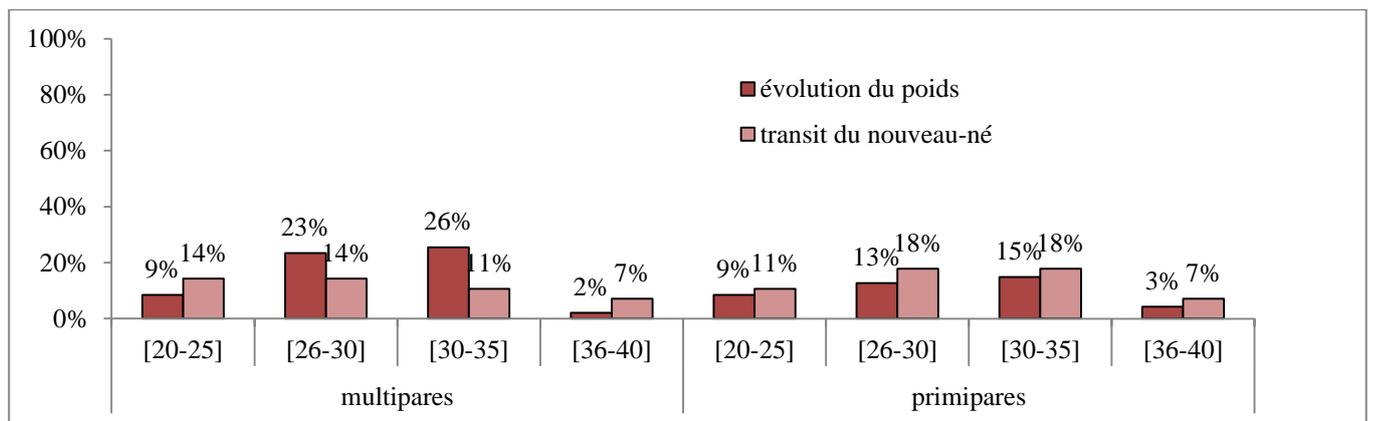
### ***49 primipares déclarent être inquiètes pour :***

- L'évolution du poids du nouveau-né (21 femmes)
- Le transit de leur bébé (14 femmes)
- L'ictère (4 femmes)
- La température (5 femmes) et le rythme de sommeil (5 femmes)

**60 multipares ont déclaré être inquiètes pour :**

- L'évolution du poids du nouveau-né (30 femmes)
- Le transit de leur bébé (13 femmes)
- L'ictère (8 femmes)
- La température (5 femmes) et le rythme de sommeil (4 femmes)

**9.2. Inquiétudes des femmes en fonction de l'âge et de la parité**



**Figure 22. Inquiétudes des femmes selon l'âge et la parité**

Quelle que soit la parité, il semble que les inquiétudes des femmes soient plus présentes entre 26 et 35 ans.

**QUATRIEME PARTIE :**  
**L'ANALYSE ET LA DISCUSSION**

## **1. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE**

### **1.1. Les points forts**

La durée des séjours à la maternité étant de plus en plus brève [54], la question de la satisfaction concernant le PRADO constitue un sujet pleinement d'actualité.

De plus, aucune enquête concernant la satisfaction des accouchées dans le cadre du PRADO n'avait été réalisée dans le département de la Haute-Vienne. Notre enquête a débuté un an après la mise en place du dispositif PRADO. Grâce à la coopération des conseillers d'assurance maladie, nos questionnaires ont été très bien distribués.

Enfin, sur un échantillon de 170 patientes, seulement 12 patientes n'ont pas donné suite à notre appel. Nous avons obtenu un taux de réponse de 93%. Sur l'ensemble des appels téléphoniques, toutes les patientes ont répondu à l'ensemble des questions sans aucune réticence.

### **1.2. Les points faibles et les limites de l'étude**

La seule difficulté rencontrée pendant ce travail a été de récupérer les questionnaires durant la période allant de juillet à août 2014. En effet, l'accord des patientes obtenu sur cette période n'a pu être suivi d'un entretien téléphonique dans les temps définis dans le protocole de recherche du fait de mon éloignement géographique, je n'ai pas été en mesure de récupérer la fiche à l'hôpital mère-enfant.

Par ailleurs, notre étude ne concerne que l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant puisque notre échantillon est issu de cet établissement.

## **2. DESCRIPTION DE LA POPULATION**

Notre étude porte sur 158 patientes, 67 sont des primipares soit 42%, 91 sont des multipares, soit 58%. De plus, 95% des femmes sont en couple (150 femmes). L'âge moyen pour les primipares est de 29 ans. Il est de 31 ans pour les multipares. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, en 2010, l'âge moyen des mères à l'accouchement, quel que soit le rang de naissance de l'enfant atteint 30 ans. Les primipares ont en moyenne leur premier enfant à l'âge de 28 ans [55]. L'âge de notre population est donc proche de celui de la moyenne nationale.

### **2.1. Le suivi de grossesse des multipares**

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ont suivi la grossesse d'un peu plus d'un tiers (37 %) de la population des multipares (19 femmes).

Les sages-femmes ont suivi exclusivement 35 % des grossesses (18 femmes).

Les gynécologues-obstétriciens ont suivi exclusivement 20 % des grossesses des multipares (10 femmes).

Enfin, les médecins traitant ont également suivi des grossesses de :

- 3 % des multipares
- 4 % des multipares en collaboration avec un sage-femme
- 1 % des multipares en collaboration avec une sage-femme et un gynécologue-obstétricien

Nos résultats sont concordants avec ceux de Delphine DUMONT qui dans son mémoire de fin d'études concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes, décrit que les médecins traitants ont assuré environ 10% des grossesses, les gynécologues-obstétriciens ont suivi, avec les sages-femmes la majorité des grossesses [72].

### **2.2. Le suivi de grossesse des primipares**

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ont suivi la grossesse de 40 % de la population des primipares (11 femmes).

Les sages-femmes ont suivi exclusivement 25 % des grossesses (8 femmes).

Les gynécologues-obstétriciens ont suivi exclusivement 24 % des grossesses (7 femmes).

Enfin, les médecins traitant ont également suivi des grossesses de :

- 3% des primipares
- 6 % des primipares en collaboration avec un sage-femme
- 2% des primipares en collaboration avec une sage-femme et un gynécologue-obstétricien

Parmi nos femmes, 48 % sont suivies par plusieurs professionnels de santé. L'association la plus fréquemment rencontrée est la sage-femme avec le gynécologue-obstétricien. Ce chiffre s'explique par l'organisation de la prise en charge des gestantes à l'HME. Les femmes sont généralement suivies par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme libérale et le relais est assuré au troisième trimestre par une sage-femme de l'HME. Par ailleurs, sous le terme de gynécologue-obstétricien, nous avons aussi peut-être l'échographiste, qui réalise la surveillance morphologique du fœtus, qui est souvent un gynécologue-obstétricien.

### **2.3. L'information concernant le dispositif PRADO**

L'information concernant le dispositif PRADO est donnée à différents moments de la grossesse. Elle est donnée lors des séances de préparation à la naissance, lors des consultations de suivi de grossesses, ou encore par l'intermédiaire de courriers. L'autre mode d'information des femmes et pour près de la moitié des femmes, concerne la maternité. L'information est donnée d'une part par la sage-femme du service et d'autre part, par le conseiller d'assurance maladie.

## **3. VALIDATION DES HYPOTHESES**

### **3.1. Hypothèse principale**

*« La majorité des accouchées de l'HME de Limoges sont satisfaites de la prise en charge globale par les sages-femmes libérales dans le cadre du PRADO »*

Notre étude démontre que l'ensemble des accouchées de l'hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges est satisfaite par leur prise en charge globale par la sage-femme libérale dans le cadre du PRADO : 96 % étaient très satisfaites et 4 % étaient plutôt satisfaites. Parallèlement, une étude nationale réalisée par la caisse d'assurance maladie trois ans après le déploiement du PRADO indique que 91% des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent très satisfaites [56] . La patiente type était une primipare de 30 ans ayant bénéficié de deux visites et était « tout à fait satisfaite » [53]. Cette étude ne comportait pas de questionnaire détaillé concernant la satisfaction.

Un Conseiller d'Assurance Maladie téléphonait aux accouchées après les deux visites PRADO. Le questionnaire s'intéressait à la date de sortie, au niveau de satisfaction globale, aux nombres de visites [57]. Dans son mémoire de fin d'études de sage-femme intitulé « *Le Programme d'Accompagnement à Domicile (PRADO), volet maternité : perception et évaluation par les sages-femmes libérales* », Mathilde LEMOIGNE décrit que plus de 96% des accouchées se déclarent être « très satisfaites » du dispositif PRADO, et 2,1% « plutôt satisfaites » pour l'année 2013 à Quimper. Ces taux de satisfaction correspondent donc à la moyenne nationale qui décrivait un taux de satisfaction supérieur à 90 % [58], [70] . Nos chiffres sont donc comparables à ceux des autres études.

### **La satisfaction concernant la prise en charge de l'allaitement maternel et artificiel**

La totalité des accouchées est globalement satisfaite : 95% des primipares et 89% des multipares sont très satisfaites ; 5% des primipares et 11% des multipares se disent plutôt satisfaites de la prise en charge de leur allaitement (maternel ou artificiel) par la sage-femme libérale. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux populations ( $p=0,14$ ). Notre population était constituée de 78 accouchées (49%) qui suivaient un allaitement maternel dont 16% étaient des primipares et 33% des multipares. Nous avons remarqué davantage d'allaitements maternels dans la population des multipares. Cependant, nous ignorons si ces femmes avaient déjà allaité leurs aînés ou non car nous n'avons pas pris en compte cette variable.

Parmi cette population, 65 % des primipares et 35 % des multipares ont déclaré avoir eu recours à des conseils à domicile par la sage-femme en raison de complications de l'allaitement. Les engorgements et les crevasses étaient les complications essentielles. Ceci semble logique car ces complications survenaient jusqu'alors à la maternité pendant l'hospitalisation et du fait de la diminution de séjour, elles sont retrouvées et prises en charge maintenant à domicile.

Dans son mémoire de fin d'études de sage-femme en 2014, « *Retour précoce à domicile après un accouchement* », Marina SALOME décrit dans ses résultats, que les questions récurrentes des accouchées concernaient le rythme et la durée des tétées, les techniques de mises au sein ainsi que les problèmes de type engorgements, douleurs ou encore lymphangites. [59] Notre étude n'a pas retrouvé de complication plus sévère comme des lymphangites.

Concernant l'allaitement artificiel, nous avons noté une inefficacité du traitement inhibiteur de la lactation. Notre échantillon était composé de 47 accouchées bénéficiant d'un traitement homéopathique et 25 femmes recevant de l'Arolac®. Parmi celles bénéficiant d'un traitement homéopathique, 23 (soit 49%) femmes ont eu un engorgement à domicile et témoignaient de l'inefficacité du traitement. Concernant les femmes bénéficiant d'un traitement par Arolac®, 12 d'entre elles (soit 48%) ont également eu un engorgement.

Dans l'étude de Marina SALOME, les questions récurrentes des femmes pour l'allaitement artificiel concernaient l'angoisse de la montée de lait malgré le traitement inhibiteur de la lactation, le rythme des biberons et la façon d'augmenter les doses [59]. Nous retrouvons les mêmes problématiques axées sur l'allaitement artificiel.

### **La satisfaction concernant la prise en charge obstétricale**

L'ensemble des primipares est très satisfait de la prise en charge obstétricale. Parmi les multipares, 92% sont très satisfaites et seulement 8% sont plutôt satisfaites mettant en évidence une différence significative entre multipares et primipares ( $p=0,0202$ ).

Concernant l'accompagnement médical par la sage-femme libérale, une primipare sur deux et un tiers des multipares (31 femmes) estiment avoir besoin de cet accompagnement médical en rapport avec les pertes sanguines, les soins des épisiotomies et le traitement médicamenteux. De plus, la normalité des pertes est difficilement évaluable par les femmes.

Parmi ces femmes, une sage-femme a diagnostiqué une phlébite, une autre a décelé des pertes anormales nécessitant une prise en charge hospitalière suite à une rétention placentaire. Mathilde LEMOIGNE, montre, qu'à domicile, plusieurs complications maternelles ont été constatées par les sages-femmes libérales. Il s'agissait dans son étude, d'hypertension artérielle, de dépressions du post partum, d'infections urinaires, d'une phlébite et d'une rétention placentaire [58].

L'étude de Marine DOLBEAU réalisée sur « *l'accompagnement à domicile après une première naissance* » révèle des chiffres comparables aux nôtres en expliquant qu'une primipare sur deux a abordé le thème des soins de la cicatrice. Cette étude a également montré que les patientes portaient un intérêt particulier à la cicatrisation de leur épisiotomie ou de leur déchirure périnéale. Les douleurs qu'elles peuvent générer limitent parfois les soins pour s'occuper de l'enfant mais aussi gênent les actes quotidiens de la vie et la reprise des rapports sexuels. C'est alors à la sage-femme de conseiller la mère sur les soins périnéaux et d'aborder le sujet de la sexualité. C'est un moyen de rappeler, dans cette période rivée sur l'enfant, qu'elles n'ont pas perdu leur statut de femme, point important pour certaines d'entre elles. [2]

Dans ses recommandations de bonnes pratiques sur les sorties précoces après un accouchement, la Haute Autorité de Santé indique que si les femmes sont rigoureusement sélectionnées (bas risque médical, psychique et social), les séjours courts n'entraînent pas d'augmentation de nombre de complications maternelles nécessitant une réhospitalisation [54].

Les sorties PRADO ne constitueraient donc pas un facteur de risque de survenue de complications maternelles à domicile.

### **La satisfaction de la prise en charge néonatale**

Pas de différence significative n'a été observée entre les primipares et les multipares. La très grande majorité des primipares et des multipares se disent très satisfaites ; aucune patiente ne s'estime insatisfaite. La surveillance pédiatrique par la sage-femme à domicile nécessite un examen somatique et neurologique permettant d'évaluer son état général. Les nouveau-nés ont été pesés au moins une fois. La courbe de poids étant un critère majeur de santé de l'enfant, les mères se sentaient plus rassurées notamment pour celles dont l'allaitement était maternel. De plus, pour un quart des femmes, la pesée de l'enfant faisait partie de l'attente principale concernant le PRADO.

Marine DOLBEAU décrit que les principaux thèmes abordés par les primipares à domicile auprès de la sage-femme concernaient le plus souvent le poids du nouveau-né, son comportement, sa température et les soins du cordon. [2]

### **Le vécu du retour à domicile**

Le retour à domicile reste, pour certaines mères, une période délicate. En effet, une primipare et une multipare n'ont pas du tout bien vécu le retour à domicile. Six primipares et quatre multipares l'ont moyennement bien vécu. Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations. La fatigue, la période du baby-blues ainsi que les inquiétudes néonatales en étaient les principales causes. Une publication de Marie-Pierre GARAND, sage-femme met en évidence les différents thèmes abordés auprès des femmes après leur retour à domicile. Les thèmes les plus cités par les femmes concernant les difficultés à la maison étaient : la fatigue, la déprime et les angoisses avec la peur « d'être dépassée », un manque d'assurance, une sensation d'isolement et une période de baby blues qui survenaient à domicile [60]. Le docteur Marie-José Poulin, psychiatre à l'institut universitaire en santé mentale de Québec, affirme que « *la dépression du post-partum fait partie des complications psychiatriques périnatales autour desquelles il existe encore beaucoup de méconnaissance et de confusion* ». Elle est donc bien souvent mal diagnostiquée, et passe parfois inaperçue en début de grossesse, elle se manifeste quelques jours après l'accouchement chez certaines femmes et constitue alors un facteur de vulnérabilité pour la patiente [61]. Dans son étude réalisée auprès des primipares afin d'évaluer leur ressenti après leur retour à domicile, Marine DOLBEAU a montré que le ressenti des mères sur le retour à domicile était meilleur lorsqu'elles recevaient de l'aide de leur entourage [2].

Mathilde LEMOIGNE décrit qu'une sage-femme a constaté une dépression du post-partum [58]. Dans notre étude les deux femmes qui n'ont pas du tout bien vécu le retour à domicile, procédaient à un allaitement artificiel dont l'ablactation s'est montrée inefficace. Toutes les deux sont sorties à J4, étaient des primipares et vivaient en couple. L'une d'entre elles a bénéficié d'une seule visite qui lui paraissait insuffisante.

Dans son argumentaire portant sur les conditions et sur l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés, la Haute Autorité de Santé avance qu'accompagner et apporter une écoute et un soutien aux femmes et au couple sont des aspects primordiaux de la prise en charge post-natale. L'Organisation Mondiale de la Santé préconise même de proposer une ou plusieurs séances d'information dans la première année de vie de l'enfant. Cette prise en charge s'inscrirait dans la continuité des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour aider les parents à faire face aux éventuelles difficultés qui peuvent accompagner l'arrivée d'un nouveau bébé et proposer un soutien parental [54].

De plus, l'Entretien Post Natal Précoce (EPNP) pourrait être développé dans notre région afin que les femmes ou couples qui le souhaitent puissent en bénéficier. Cet entretien est en place depuis plusieurs années dans les réseaux de périnatalité de proximité en Alsace et en Bourgogne. Il propose un accompagnement en sortie de maternité.

Cet entretien qui se situe dans les huit à quinze jours après la naissance, est en miroir de l'Entretien Prénatal Précoce. Il s'agit d'un dispositif de prévention primaire qui se doit d'être proposé à tous les parents. Il consiste en un espace de parole qui permet aux parents d'exprimer leurs besoins d'accompagnement. Ses objectifs sont les suivants : améliorer le bien-être global, soutenir les compétences parentales en utilisant les méthodes d'éducation pour la santé, anticiper avec les parents les situations à risque et organiser avec eux un accompagnement spécifique soutenant en impliquant les acteurs du réseau local [71].

### **La nécessité d'une aide à domicile**

La venue d'une aide à domicile a été jugée bénéfique par la majorité des primipares et des multipares en particulier, si elles n'avaient pas eu la possibilité d'aide de leur conjoint ou de leur mère. Dans la population des femmes seules, toutes ont répondu qu'une aide-ménagère aurait été bénéfique mais non nécessaire. Il reste à définir leur attente réelle qui n'a pas pu être précisée avec le questionnaire. L'objectif de diminuer les coûts économiques de santé en France ne permet pas de mettre en place ce système d'aide à domicile notamment pour les femmes ayant accouché par voie basse et ne présentant pas de pathologie particulière. Néanmoins, en Suisse, des centres d'action sociale et de santé prévoient la possibilité pour la patiente, après une césarienne, de faire appel à une aide-ménagère les premières semaines afin d'éviter de trop solliciter la cicatrice par des mouvements inappropriés. Le médecin établit alors un « bon médical ». [62]

D'autre part, une évaluation du service d'hospitalisation à domicile dédiée à l'accompagnement des sorties précoces a été réalisée dans les Vosges. La maternité fonctionnait en partenariat avec cette structure permettant aux nouvelles accouchées en retour précoce, de bénéficier d'une aide-ménagère à raison de huit heures réparties sur quatre jours dans le but de privilégier le repos.

Les résultats ont montré que le recours à cette offre avait intéressé une femme sur deux. Parmi les femmes qui en avaient bénéficiée, 85 % étaient des multipares. La raison principale du refus de cette aide était la crainte de l'intervention d'une personne inconnue au sein du domicile. Dans cette étude, le financement de cette prestation n'était pas décrit. [27]

### **Les visites à domicile**

En moyenne, les primipares ont reçu davantage de visites que les multipares (une visite supplémentaire). En France, le forfait PRADO inclut deux visites. Si la patiente bénéficie d'une troisième visite, cette dernière ne donne pas lieu à une rétribution majorée. Nous pouvons comparer les pratiques de pays voisins comme la Suisse dont l'assurance maladie de base prévoit des visites à domicile jusqu'au dixième jour après l'accouchement. En Angleterre, il existe un programme « DOMINO » (DOMicile In and Out) qui prévoit le suivi du travail à la maison, l'accouchement à l'hôpital puis le retour à la maison à H6.

Un suivi postnatal de 10 jours est ensuite organisé avec les sages-femmes. Il n'a pas été retrouvé de complications maternelles et pédiatriques particulières [63].

#### ▪ **Point de vue des femmes ayant bénéficié d'une seule visite (63 femmes)**

Parmi notre échantillon, cinq primipares et huit multipares ont estimé que c'est insuffisant. Parmi les multipares, toutes vivaient en couple à l'exception d'une. Cette dernière avait déjà deux enfants à charge alors que les autres multipares n'en avaient qu'un seul : leur âge allait de 0 à 5 ans. Enfin, concernant les multipares, les sorties de la maternité se sont effectuées entre J3 e J5. Elles étaient également toutes en couple. L'âge allait de 26 à 40 ans. Dans cette population composée de huit femmes, cinq avaient opté pour l'allaitement artificiel. De plus, nous notons qu'une seule femme a consulté son médecin traitant pour une conjonctivite du nouveau-né à J7 de sa naissance.

Parmi les primipares, toutes étaient en couple. Les sorties de la maternité s'étaient effectuées soit à J4 soit à J5. Aucune sortie précoce n'a été réalisée. L'âge était variable allant de 26 à 35 ans. Sur ces cinq primipares, quatre avaient fait le choix de l'allaitement maternel et deux ont rencontré des difficultés d'allaitement (engorgements).

- **Point de vue des femmes ayant bénéficié de deux visites (83 femmes)**

Parmi nos femmes, huit multipares et 11 primipares estiment que c'est insuffisant. Ces femmes vivaient en couple.

Chez les primipares, une seule femme a consulté le médecin traitant pour une suspicion de colique du nouveau-né, deux femmes ont consulté les urgences gynécologiques dont les motifs étaient pour l'une, une phlébite (à J6 de son accouchement) et pour l'autre des pertes de caillots de sang (à J7 de son accouchement). Trois primipares procédaient à un allaitement mixte, deux à un allaitement maternel, six à un allaitement artificiel. Une femme a mis fin à son allaitement maternel à cause d'importantes hémorroïdes qui l'incommodaient lors des tétées. L'âge de ces femmes allait de 20 à 40 ans, huit sont sorties à J4, deux femmes sont sorties à J3 et une seule à J5. Aucune sortie n'a eu lieu avant le délai habituel de sortie.

Parmi les multipares, une seule femme a consulté son médecin traitant à J7 de son accouchement pour des difficultés d'allaitement maternel. Aucune autre femme n'a consulté en urgence.

La tranche d'âge de ces femmes était variable puisqu'il était compris entre 20 et 40 ans, cinq procédaient à un allaitement maternel, deux à un allaitement artificiel et une à un allaitement mixte. Toutes ces femmes étaient sorties à J4 à l'exception d'une, sortie à J6.

L'étude des réponses a permis de constater que l'insatisfaction du nombre de visites est en lien, quel que soit le nombre de visites, avec la survenue de pathologie.

- **Délai entre le jour de sortie et la première visite à domicile**

Les premières visites ont pour la majorité des femmes, eu lieu le lendemain de la sortie ou, trois jours après la sortie lorsque celle-ci avait lieu un vendredi ou un samedi. Les patientes dont la sortie était le vendredi se plaignaient d'un écart trop grand entre le jour de sortie et le jour de la visite PRADO (le lundi), ce qui alimentait leurs inquiétudes. Ce constat est notamment très présent chez les primipares. De plus, les patientes sortantes le vendredi à J3 pouvaient débuter la période du baby blues dans le week end et ne bénéficiaient pas de visite avant le lundi. Dans son mémoire, Mathilde LEMOIGNE explique que les visites durant le week end arrivaient en deuxième position des difficultés du PRADO observées par les sages-femmes libérales [58].

En ce qui concerne la durée moyenne des visites, même si elle était variable d'une patiente à l'autre, toutes les femmes l'ont jugée suffisante. Elle variait de 45 minutes à 1h15 en moyenne. Nos données sont confirmées par celles de Mathilde LE MOIGNE qui a retrouvé une durée de visites en majorité de 45 minutes à une heure.

La satisfaction de l'accompagnement PRADO est donc fonction de deux paramètres : les besoins de la patiente et les besoins de son enfant. Les visites, longues ou courtes, ont été appréciées par les patientes.

La satisfaction maternelle est donc en lien étroit avec la personnalisation du suivi PRADO c'est-à-dire avec :

- Le nombre de visites (en adéquation avec les besoins de la femme)
- Le délai entre la sortie et la première visite PRADO

La satisfaction semble augmenter lorsque la visite PRADO a lieu le sur lendemain de la sortie. Les femmes ont dit avoir peu de questions le lendemain de la sortie, ce qui paraît être un point essentiel de la prise en charge de la sécurisation de la patiente.

**Notre hypothèse principale est donc validée.**

### **Le jour de sortie PRADO : un motif économique ?**

La durée de séjours en maternité est un sujet d'actualité dont l'objectif est la réduction budgétaire.

Un rapport de la cour des comptes concernant l'assurance maternité en 2014 décrit la durée moyenne de séjours en Europe [64]. En France, la durée moyenne de séjour (DMS) pour un accouchement normal, a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011. Toutefois, elle a baissé de façon équivalente dans l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération de Développement Economique (OCDE). La DMS reste en France, supérieure d'un tiers à celle des autres pays de l'OCDE : elle est en Italie de 3,4 jours, en Allemagne de 3,1 jours et de 1,6 jour au Royaume-Uni.

En Suède, après un accouchement normal, le retour à domicile se fait en moyenne pour les primipares au troisième jour de l'accouchement, et au deuxième jour pour les multipares. Un suivi par les sages-femmes à domicile est ensuite réalisé [57].

En Hollande, comme au Danemark, les sorties se font quelques heures après l'accouchement. [59]

Dans son écrit, la cour des comptes rapporte que le programme PRADO doit permettre une diminution de la durée moyenne de séjour tout en garantissant la santé des femmes ainsi que celle des nouveau-nés. Pour cela, il serait nécessaire que les femmes en bénéficiant sortent de la maternité de façon plus précoce, sous réserve bien évidemment, de l'appréciation médicale du couple mère-enfant. Il est à noter que la baisse de la DMS permet en effet une réduction des coûts pour les établissements de santé. Or, les tarifs facturés à l'assurance maternité restent respectivement inférieure à 9 et 11 jours pour un accouchement unique par voie basse chez une multipare ou une primipare [64].

Par conséquent, les établissements de santé ont intérêt à réduire la DMS, mais l'assurance maladie-maternité n'en tire actuellement aucun bénéfice [64].

L'intérêt économique du PRADO ne peut donc être assuré que si le surcoût lié aux honoraires des sages-femmes est compensé par des économies réalisées sur le coût de l'hospitalisation (baisse des tarifs des séjours pour accouchement) [64].

Dans notre étude, pour la majorité de notre population, le jour de sortie de la maternité a eu lieu à J4 (30% étaient des multipares et 39% des primipares).

- Pour les sorties à J3 : 22% des multipares et 8% des primipares en ont bénéficiées.
- Une multipare est sortie à J2. Le reste de la population (11%) est sortie entre J5 et J9.

En France, la durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse est de 4 jours, elle est de 5 jours pour une césarienne [54]. Notre étude débutant en février 2014, les césariennes n'étaient pas incluses dans le dispositif PRADO, nous ne possédons donc pas d'élément comparatif avec la moyenne nationale concernant les femmes accouchées par césariennes ayant bénéficié du PRADO.

### **3.2. HYPOTHESES SECONDAIRES**

*1<sup>ère</sup> hypothèse secondaire : « Le dispositif du PRADO répond aux attentes des accouchées d'un point de vue obstétrical et néonatal »*

D'une manière générale, le dispositif PRADO répond aux attentes obstétricales des accouchées. En effet, nous avons demandé aux accouchées de coter de 0 à 10 sur une échelle analogique, la réponse à leurs attentes d'un point de vue obstétrical et néonatal. Les résultats montrent une cotation de 8 à 10 pour les primipares et de 6 à 10 pour les multipares.

D'un point de vue obstétrical, même si les accouchées sont satisfaites, nous avons noté une différence significative entre la population des multipares et celle des primipares. Les primipares sont davantage satisfaites que les multipares. Nous pouvons nous interroger sur la prise en charge obstétricale chez les multipares : les sages-femmes supposent peut-être qu'avec leur expérience, les multipares ont plus de connaissances que les primipares. Cependant, d'après notre étude, il semblerait qu'elles aient besoin des mêmes conseils que ceux donnés aux primipares.

Parallèlement, une différence significative ( $p=0,020$ ) a été identifiée entre la population des primipares et celle des multipares concernant le versant néonatal. Le PRADO répond davantage aux attentes des multipares que celles des primipares. En effet, les primipares sont davantage à la recherche de réassurance en ce qui concerne l'évolution pondérale de l'enfant, les soins du cordon ombilical et les inquiétudes liées au transit du nouveau-né.

## Les inquiétudes parentales

Concernant les deux populations, 49 primipares et 17 multipares ont contacté la sage-femme en dehors des visites. Les inquiétudes relevaient de l'allaitement maternel, des pertes sanguines, de la cicatrisation d'épisiotomie pour le versant obstétrical. Elles concernaient l'évolution du poids de l'enfant, de son cordon, ainsi que de son transit pour le versant pédiatrique dans la population des primipares. Seules les coliques de l'enfant inquiétaient les mères multipares. Notre étude a permis d'identifier que les principales sources d'inquiétudes concernant l'appareil digestif de l'enfant était la récurrence des coliques du nouveau-né qui faisaient l'objet principal de consultations chez le médecin traitant et la sage-femme.

Un interne en médecine générale s'est intéressé aux motifs de recours aux urgences pédiatriques [65].

Ainsi, à propos de l'inquiétude parentale, il a comparé le niveau d'études de la mère et la profession des parents avec les consultations d'urgences :

- Les mères sans diplôme et de niveau d'étude inférieur au baccalauréat sont significativement plus importantes dans le groupe des parents angoissés où elles représentent 43,2 % (n=98) des mères contre 30,1 % (n=69) chez les mères pas ou peu stressées (p=0,0296).
- La part d'inactifs (père et/ou mère) est plus importante chez les parents angoissés (23,3 % ; n=99) que chez les parents pas ou peu stressés (17,3 % ; n=71) (p= 0,0293). Des médecins ont ensuite classé les enfants consultants en 2 groupes : consultations jugées comme étant justifiées ou non et il n'a pas été mis en évidence de différence socio-économique quelle qu'elle soit entre ces deux groupes.

Ce même médecin a voulu comparer le jugement des parents selon le critère « angoissés » ou « peu ou pas stressés » concernant l'état de santé de leur enfant. Les parents « angoissés » jugent l'état de santé de leur enfant plus préoccupant (86 % ; n=191, le jugent préoccupant ou très préoccupant) que les parents « peu ou pas stressés » (46,3 % ; n=107, le jugent préoccupant ou très préoccupant),  $p = 4,169.10^{-21}$ . Il décrit également une comparaison concernant la date d'apparition des symptômes : les enfants de parents angoissés présentent des symptômes significativement plus anciens que ceux des parents « peu ou pas stressés » (p=0,00043).

Dans notre étude, nous avons tenté de trouver une corrélation entre l'âge des mères et les inquiétudes liés à l'évolution du poids ainsi qu'au transit des enfants. Primipares ou multipares, il semblerait qu'après 20 ans, plus l'âge moyen augmente, plus elles sont nombreuses à s'inquiéter d'une mauvaise prise de poids ainsi que des maux de ventre de l'enfant. Les femmes dont l'âge était inférieur à 20 ans et celles dont l'âge était supérieur à 40 ans étaient moins inquiètes que celles dont l'âge était compris entre 20 et 40 ans.

D'autre part, lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous n'avons pas inclus le niveau socio-économique des parents comme variable. Nous ne pouvons donc pas croiser ces données avec le recours aux professionnels de santé au sein de notre étude. Il en résulte que nous manquons de précisions par rapport à ces critères.

**Notre hypothèse est donc validée.**

*Deuxième hypothèse secondaire : « Il existe une différence concernant le niveau de satisfaction entre les primipares et les multipares ».*

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le niveau de satisfaction des deux populations. Les primipares et les multipares ont été « plutôt satisfaites » dans les mêmes proportions ; 98% des primipares et 93% des multipares ont été « très satisfaites ». Aucune patiente n'a été « insatisfaite ».

**Nous concluons que notre hypothèse n'est pas validée.**

*Troisième hypothèse secondaire : « Les primipares ont des attentes spécifiques par rapport au PRADO ».*

Notre travail a mis en évidence que les deux populations ont des attentes concernant le suivi médical, le soutien psychologique et le suivi pédiatrique. Parmi le suivi pédiatrique, les attentes récurrentes décrites par les patientes concernaient la pesée de l'enfant, les soins du cordon et enfin, les coliques du nouveau-né.

Les soins du cordon sont pratiqués quotidiennement à la maternité par le personnel soignant en début de séjour, puis par les mères dès le 2<sup>ème</sup> jour. De retour à domicile, les mères doivent donc effectuer ces soins de manière quotidienne et autonome. Néanmoins, la plupart d'entre elles les appréhendent, car le moignon ombilical est souvent considéré comme une « plaie » et donc comme source potentielle de douleur. Les femmes manifestaient également des inquiétudes liées au transit en rapport avec les pleurs du bébé. Il est néanmoins difficile de savoir si les pleurs étaient réellement liés aux maux de ventres à type de « coliques » ou non.

Le PRADO s'inscrit alors dans la continuité de la prise en charge pédiatrique effectuée à la maternité. Dans notre étude, il s'agissait, le plus souvent, d'un besoin d'écoute, de réassurance et de conseils.

**Les primipares décrivent deux attentes supplémentaires par rapport aux multipares :  
l'allaitement maternel ainsi que le soutien à domicile ce qui permet de valider notre hypothèse.**

### **3.3. Autres données de l'étude : Le recours à d'autres professionnels de santé**

Le recours à d'autres professionnels de santé a concerné 34 primipares et 45 multipares, soit la moitié de chaque population. Nous avons répertorié : les urgences pédiatriques, le médecin traitant, l'ostéopathe pour le couple mère-enfant, la sage-femme et le pédiatre dans un délai de 8 jours.

Néanmoins, notre étude a pu montrer que les principaux motifs de consultations ne relevaient pas de pathologie pédiatrique organique mais essentiellement de conseils, de réassurance et d'écoute. En effet, aucun enfant n'a été hospitalisé et aucun n'a eu de prescription médicamenteuse. Nos données sont comparables avec celles d'autres études. En effet, Sandra PARETS, dans sa thèse de médecine, s'est intéressée au parcours médical des nouveau-nés durant les premiers mois de vie dans une maternité de niveau III. Les principaux motifs étaient des affections digestives bénignes (reflux gastro-œsophagien, problèmes de régurgitations), respiratoires (bronchiolites) et consultations de soins de puériculture. Ces consultations se sont conclues (dans 60 à 80% des cas) par des retours à domicile immédiats, sans traitement, et avec des conseils de puéricultures, pouvant tout à fait être prises en charge par un médecin traitant [66].

Une étude prospective réalisée entre 2008 et 2009 a analysé les caractéristiques épidémiologiques d'une cohorte de nouveau-nés consultant dans un service d'urgences pédiatriques.

Cette étude incluait tout enfant d'âge inférieur ou égal à 28 jours admis au service d'urgences pédiatriques [67]. Chez le nouveau-né (n=568) : l'âge, le sexe, le terme, le type d'allaitement, les horaires d'admission, le mode et le motif de recours, les antécédents néonataux, la durée de séjour et le devenir ont été analysés. Concernant les mères, l'âge, la parité, le mode de vie, la profession, l'accouchement et la durée du séjour en maternité ont été étudiés.

Les recours étaient dominés par des motifs médicaux (90 %) nécessitant dans 47 % des situations, une hospitalisation. Les mères étaient âgées de 30 ans en moyenne, 53 % étaient primipares et elles avaient séjourné en maternité cinq jours en moyenne. Les nouveau-nés étaient plus souvent adressés par un confrère, plus souvent hospitalisés, consultaient plus souvent la nuit et la gravité de leur état répondait à la loi du tout ou rien. Le recours aux urgences était plus élevé si la mère était jeune, primipare, seule ou sans emploi, habitait près de l'hôpital et si l'enfant était âgé de moins de 15 jours. La proximité semblait donc faciliter le recours à la consultation [67].

L'augmentation de la fréquentation des services d'urgences pédiatriques par des nouveau-nés était multifactorielle, liée à leur vulnérabilité, à leurs antécédents, à leur environnement familial et à des facteurs sociologiques. [67]

Les principales inquiétudes des pédiatres concernant les sorties dans le cadre du PRADO sont la survenue d'un ictère. Des démarches ont été effectuées par la cadre de la maternité de l'HME de Limoges auprès de la cadre des urgences pédiatriques afin de recueillir le taux de nouveau-nés sortis avec le PRADO et ayant consulté aux urgences, mais les résultats n'ont pu être fournis.

Les patientes incluses dans notre étude sont sorties au plus tôt à J3 (sauf une à J2) et aucun de leur nouveau-né n'a présenté d'ictère. Néanmoins, si nous nous dirigeons vers des sorties plus précoces (J2), le risque d'ictère reste majoré par rapport à J3.

Aux Etats-Unis, une des explications de la recrudescence des ictères nucléaires serait les sorties précoces [68]. Selon Bhutani<sup>5</sup>, le taux de bilirubinémie le jour de la sortie permettrait de placer l'enfant en zone de risque d'hyperbilirubinémie élevé, intermédiaire ou faible. Ces courbes permettent d'adapter la conduite à tenir et la surveillance ultérieure à savoir soit la poursuite d'hospitalisation soit des soins adaptés à domicile.

Lors des réhospitalisations pour ictère après une sortie précoce, les médecins ne retrouvaient pas de durée de séjour différente. Cependant, ils retrouvaient une différence significative pour l'ethnie, la primiparité, la prématurité, l'allaitement maternel et la suspicion d'ictère à la sortie. Ces critères sont donc à étudier avant d'autoriser une sortie dans le cadre du dispositif PRADO.

La prise en charge à domicile doit donc non seulement permettre de surveiller l'ictère mais aussi de surveiller l'allaitement maternel exclusif afin d'éviter une déshydratation qui aggraverait l'hyperbilirubinémie.

L'académie américaine de Pédiatrie a résumé les situations à risques d'hyperbilirubinémie devant être recherchées avant d'autoriser une sortie précoce. Parmi elles : un ictère supérieur à 24h, un âge gestationnel inférieur à 38 semaines d'aménorrhées, un allaitement maternel exclusif, des antécédents familiaux d'ictère grave, une ethnie à risque de déficit de G6PD, des hématomes, des céphalhématomes.

---

<sup>5</sup> Pédiatre américain qui a réalisé la recherche de critères permettant de définir une sous-population de nouveau-nés bien portants à risque d'hyperbilirubinémie

## **4. PROPOSITIONS**

### **4.1. Le nouveau-né**

Nous avons observé l'inquiétude des mères face aux coliques de l'enfant. Cette inquiétude, liée aux pleurs inexplicables de l'enfant, est souvent le motif de consultations chez le médecin traitant ou aux urgences pédiatriques. Nous pourrions alors proposer davantage de conseils à la maternité pour rassurer les femmes lorsqu'elles sont à domicile. Il est important de préciser que les maux de ventres peuvent survenir à la maison en se manifestant par des pleurs.

La plupart du temps, les coliques sont passagères et correspondent à l'immaturation intestinale et se manifestent après les dix premiers jours de vie. Il existe certaines conduites alimentaires qui aggravent les coliques comme un allaitement maternel à la demande, mal conduit qui induit une surcharge alimentaire. En effet, devant les pleurs de l'enfant la mère est désemparée et laisse moins d'une heure trente entre les tétées. Cette pratique implique peu de temps de repos pour l'intestin ce qui induit une fermentation et des coliques. Pour l'alimentation artificielle, les parents cherchent à « caler » l'enfant en augmentant les rations ce qui induit également une surcharge alimentaire [69]. Des explications sur le rythme et le nombre des tétées par 24 heures ainsi que sur les rations pourraient être redonnées lors des premières visites à domicile.

Des conseils concernant les soins du cordon peuvent également être repris à domicile de manière à dédramatiser ce geste qui est source d'inquiétudes à la maison avec « peur de faire mal ».

Un livret regroupant les conseils d'allaitement, la préparation des biberons, les conseils de retour en urgences, est distribué à la maternité aux mamans. Nous pourrions envisager d'y ajouter une page qui définirait les coliques, leurs symptômes ainsi que certains conseils pour éviter leur apparition. De même, une page pourrait être dédiée aux soins du cordon, en développant l'intérêt des soins quotidiens ainsi que le côté indolore du geste. Des informations sur les pleurs de l'enfant et sur leurs explications pourraient également être ajoutées sur ce livret. Ce document serait ensuite présenté aux sages-femmes libérales qui pourraient s'en servir de support lors des informations données à domicile pendant des visites PRADO.

Enfin, un atelier « préparation des biberons » est réalisé à la maternité. Nous pourrions alors proposer d'y joindre un atelier « soins du cordon » pour les mères qui en éprouveraient le désir.

## 4.2. La mère

### L'aide à domicile

Nous avons précédemment évoqué la nécessité de la part des accouchées de bénéficier d'une aide à domicile. Il n'est pas envisageable de proposer une aide-ménagère à toutes les femmes bénéficiant d'un retour à domicile PRADO. La césarienne étant maintenant éligible au PRADO, nous pourrions alors réfléchir à proposer une aide-ménagère pour les femmes multipares, seules, ayant accouché par césarienne et sortantes de la maternité à J5. En effet la politique du gouvernement a pour objectif de réduire la durée de séjours en maternité dans le but de diminuer les coûts. Nous pouvons penser que les accouchées, dans les années à venir, sortiront plus précocement.

Rappelons que dans son écrit, la cour des comptes rapporte que les établissements de santé ont tout intérêt à réduire la durée moyenne de séjour. Néanmoins cette diminution des coûts hospitaliers ne permet pas de réduire ceux de l'assurance-maternité.

Pour cela, il serait nécessaire que le coût supplémentaire des honoraires de sages-femmes soit compensé par les économies réalisées sur le coût de l'hospitalisation.

### Les visites

La Haute Autorité de Santé prévoit une première visite si possible dans les premières 48 heures suivant la sortie de la maternité.

Une visite 48 heures après la sortie plutôt que le lendemain peut être proposée. En effet, le lendemain de la sortie, les patientes ont souligné le manque de questions à ce stade car la première visite avait lieu selon elles, trop tôt. L'inconvénient de la mise en place de ce système concerne les sorties le vendredi. En effet la visite serait programmée le dimanche mais l'organisation paraît complexe.

Mathilde LEMOIGNE indiquait que les visites durant le week end représentaient une difficulté pour les sages-femmes libérales [58].

Le point de vue des sages-femmes libérales en Haute-Vienne paraîtrait intéressant à étudier. Un système d'astreintes pourrait être proposé en fonction de la localisation géographique des sages-femmes. Cependant, ce système a ses limites : il n'est pas en faveur d'une prise en charge globale du couple mère-enfant par une même sage-femme, ce qui peut constituer un obstacle pour les sages-femmes libérales.

Nous pourrions alors proposer une visite à 48 heures lorsque les sorties se déroulent du samedi au jeudi et une visite le samedi lorsque les sorties se déroulent le vendredi dans le cas de l'impossibilité d'une visite le dimanche.

## **L'allaitement**

L'accompagnement de l'allaitement reste un point majeur qui nécessite beaucoup d'attentions dans le post partum à domicile. Notre étude a montré que les besoins sont similaires que les femmes allaitent au sein ou choisissent l'allaitement au biberon. En effet, nous avons pu observer l'efficacité limitée du traitement par Arolac® et par homéopathie entraînant parfois des engorgements difficiles à réguler pour certaines femmes. Un accompagnement plus ciblé peut être proposé. Une femme a même eu recours à des feuilles de chou du fait de son désespoir face à ses engorgements sous Arolac®. Face à des constatations analogues dans certaines maternités, aucun traitement inhibiteur de la lactation n'est mis en place. Seul un traitement anti-inflammatoire est proposé. Du fait de l'efficacité limitée de l'Arolac®, nous pouvons nous interroger sur la balance bénéfice-risque du médicament. Enfin, l'information à la maternité d'un possible montée laiteuse lors de la prise de traitement inhibiteur de la lactation pourrait être renforcée face au risque d'inefficacité du traitement à domicile.

## CONCLUSION

Le Programme d'Accompagnement de retour à Domicile constitue l'action principale conduite par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dans le secteur de la périnatalité. Il permet aux sages-femmes de mettre en avant leurs compétences médicales, et d'assurer le suivi global des femmes. Il répond à un réel besoin exprimé par les patientes, en apportant aux couples un temps d'écoute, de conseils et de soutien à la parentalité. Enfin, il renforce la surveillance médicale des mères et de leurs nouveau-nés. Il est important de préciser que bien qu'il permette un meilleur accompagnement des femmes dans le post partum à domicile, le PRADO ne peut être isolé en tant que dispositif de prise en charge. Il est primordial de poursuivre un travail en réseau avec les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens, la Protection Maternelle Infantile et autres professionnels de santé afin d'assurer une prise en charge optimale du couple mère-enfant.

Ce dispositif s'inscrit dans un contexte économique visant à diminuer la durée moyenne de séjour en maternité. Actuellement, les sorties se réalisent vers J3-J4 et de ce fait, son intérêt économique reste à démontrer [64]. Nous pourrions alors penser que nous nous dirigeons vers des sorties précoces, similaires à nos voisins européens, en privilégiant une continuité de prise en charge de la dyade mère-enfant. Cette prise en charge doit répondre à certaines exigences, elle doit être bien coordonnée, axée sur la prévention, le dépistage et la responsabilisation des femmes.

Notre étude a mis en évidence la satisfaction globale de l'ensemble des accouchées bénéficiant du PRADO. Néanmoins des points restent à améliorer comme l'accompagnement de l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel, l'éducation des parents face aux soins du cordon, une meilleure information quant aux pleurs et aux symptômes des coliques du nouveau-né.

Lors de la mise en place de cette étude en 2013, le dispositif PRADO n'incluait pas les femmes ayant accouché par césarienne. Il serait intéressant pour une prochaine étude d'analyser la satisfaction des patientes ayant accouché par césarienne et participant au dispositif PRADO. Nous pourrions ainsi mettre en évidence leurs attentes et voir en quoi, elles coïncident ou diffèrent de celles dont l'accouchement a eu lieu par voie basse. Nous pourrions aussi envisager de mesurer la satisfaction des sages-femmes libérales par rapport à la prise en charge des accouchées. Les résultats pourraient servir à étayer le travail en réseau, indispensable à la satisfaction aussi bien des femmes que des différents professionnels de la périnatalité.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HAUTE AUTORITE DE SANTE - Accueil - Sorties de maternité après accouchement-conditions pour proposer un retour précoce à domicile.

Disponible sur :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note de cadrage - sortie de maternite apres accouchement conditions optimales pour proposer un retour a domicile.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement_conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf) >

- [2] DOLBEAU M. " L'accompagnement à domicile après une première naissance : les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ? " Mémoires Sages-femmes, 2012.

Disponible sur :

[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_MESF\\_2012\\_DOLBEAU\\_MARINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_DOLBEAU_MARINE.pdf)

- [3] [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/23102013\\_DP\\_Point\\_de\\_situation\\_Prado.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Point_de_situation_Prado.pdf).

Disponible sur :

[http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale\\_2.php](http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale_2.php) >

- [4] *Code de la santé publique - Article L710-1-1.*

- [5] CHAUVIN J. « Satisfaction maternelle et mode d'accouchement ». Mémoires Sages-Femmes, 2010.

Disponible sur :

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00563944>

- [6] « Mesure de la satisfaction : Wysuforms logiciel d'enquête de satisfaction ».

Disponible sur : [http://www.wysuforms.com/satisfaction/mesure\\_satisfaction.php](http://www.wysuforms.com/satisfaction/mesure_satisfaction.php) >

- [7] « [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240504/fr/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/fr/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile) ».

- [8] « [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/memo\\_sf\\_retour\\_domicile.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/memo_sf_retour_domicile.pdf) ».

- [9] « [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) - Lettre aux sages-femmes n°1 - sept. 2013 ».

- [10] [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-haute-vienne/index\\_haute-vienne.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-haute-vienne/index_haute-vienne.php)
- [11] « CNGOF - Collège national des gynécologues et obstétriciens français », "Le Prado, un programme pavé de bonnes intentions..." Communiqué de presse, 2012.
- Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr>
- [12] « PRADO - Fédération Hospitalière de France (FHF) »
- Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Actualites/Offre-de-soins-Qualite/Organisation-de-l-offre-de-soins/PRADO>
- [13] « OMS | Organisation mondiale de la Santé » - Maternité sans risque, Soins à la mère et au nouveau-né dans le post partum - Guide Pratique, page 6.
- [14] « Suites de couches immédiates et plus lointaines ». Traité Obstétrique Elsevier, 2010. p. 489 à 496. ISBN : 9782294071430.
- Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/698049/suites-de-couches-immediates-et-plus-lointaines>
- [15] 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". Pages 20 à 22 Mémoire Sage-Femme, Metz, Université Henri-Poincaré, 2010.
- [16] DEPALLE A. "Evaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand", Mémoire Sage-Femme, Université d'Auvergne, Clermont Ferrand 1, 2012.
- [17] 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". Pages 22 à 26 Mémoire Sage-Femme, Metz, Université Henri-Poincaré, 2010.
- [18] <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/1.html>
- [19] Haute Autorité de Santé, "Les Sorties Précoces après accouchement", argumentaire scientifique 2014
- [20] « Problèmes cardiovasculaires, respiratoires et grossesse ». Traité Obstétrique [En ligne]. Elsevier, 2010. p. 294 à 315. ISBN : 9782294071430
- Disponible sur :
- <http://www.em-consulte.com/article/698019/problemes-cardiovasculaires-respiratoires-et-grossesse>

- [21] COLLINS A. "L'Utilisation de la phytothérapie dans le cadre d'un régime hypocalorique". Mémoire de Diététicienne, Problèmes de la circulation veineuse, page 14, 2007
- [22] « AFSSA – Agence française de sécurité sanitaire des aliments | Banque de données en santé publique ».
- Disponible sur :
- [http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2006/hygiene-en-biberonneries\\_recommandations-pour-la-preparation-et-la-conservation.pdf](http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2006/hygiene-en-biberonneries_recommandations-pour-la-preparation-et-la-conservation.pdf)
- [23] FRANCOUAL C., BOUILLIÉ J., PARAT-LESBROS S. *Pédiatrie en maternité*. Pages 501 à 504. Paris, France : Flammarion médecine-sciences, 2008. ISBN : 978-2-2570-0021-7.
- [24] CNGOF. « [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/1997\\_GO\\_295\\_berrebi.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_295_berrebi.pdf) ».
- [25] « Un engorgement ? | Allaitement : quand on rencontre une difficulté ».
- Disponible sur :
- <http://www.lllfrance.org/Allaitement-quand-on-rencontre-une-difficulte/Un-engorgement.html>
- [26] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf)
- [27] HASCOËT J.-M., VERT P. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson, 2010. 239 pages. (Abrégés de périnatalité, ISSN 1637-8482). ISBN : 978-2-294-70150-4.
- [28] Thirion M. "L'Allaitement, De la naissance au sevrage", Albin Michel, 2004, 281 pages". ISBN 978-2-226-14288-7
- Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=7/TTL=1/SHW?FRST=4>
- [29] PIERRE F., BERTRAND J. *Obstétrique*. Paris, France : Maloine, 1994. 449 p.(Mémento (Paris. 1991), ISSN 1159-7747). ISBN : 2-224-02057-0.
- [30] <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/sage-femme>
- [31] CHAUVIN J. « Satisfaction maternelle et mode d'accouchement ». Mémoires Sages-Femmes, 2010.
- [32] FRANCOUAL C., BOUILLIÉ J., PARAT-LESBROS S. *Pédiatrie en maternité*. Pages 485 à 498. Paris, France : Flammarion médecine-sciences, 2008. ISBN : 978-2-2570-0021-7.

[33] « Que sait-on vraiment du lien mère-enfant ? »

Disponible sur :

<http://www.atlantico.fr/decryptage/que-sait-on-vraiment-lien-mere-enfant-juliette-allais-643347.html>

[34] Service de Gynécologie-Obstétrique de L'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, *Guide de la maternité p.19 à 26.*

[35] « Société Française de Pédiatrie: Accueil ».

Disponible sur : <http://www.sfpediatricie.com/>

[36] « Recommandations ANAES - Risque infectieux du nouveau-né à terme, septembre 2002 ».

[37] 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". Pages 21 à 25 Mémoire Sage-Femme, Metz, Université Henri-Poincaré, 2010.

[38] « Académie Nationale de Médecine ». Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr>

[39] 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". Pages 20 à 30 Mémoire Sage-Femme, Metz, Université Henri-Poincaré, 2010.

[40] « Sortie précoce de maternité : les Académiciens inquiets ».

Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/01/25/17117-sortie-precoce-maternite-academiciens-inquiets>

[41] « Marie-Noël VOIRON, sage-femme, Cours : "nouveau-né en maternité" L2, p.13, 2012 ».

[42] « Les méthodes d'évaluation de la satisfaction des usagers ».

Disponible sur :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000481/index.shtml>

[43] CANOUÏ-POITRINE F., LOGEROT H., FRANK-SOLTYSIAK M. « Évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients d'une unité multidisciplinaire de chirurgie ambulatoire ». *Prat. Organ. Soins.* 1 décembre 2008. Vol. 39, n°4, p. 323 à 330. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.3917/pos.394.0323>

- [44] <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/1999/edh/renaut.pdf> [En ligne]. 21 septembre 2013.  
Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/1999/edh/renaut.pdf>
- [45] *Code de la santé publique - Article L6113-3.*
- [46] *Satisfaction* - dictionnaire LAROUSSE 2013.
- [47] « Outils d'évaluation de la douleur - IUDthèque - Espace professionnels de santé - Douleur - Institut upsa de la douleur ». Disponible sur :
- [http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/ouvrages/Pratique\\_du\\_traitement\\_doulueur/institut-upsa-pratique-traitement-douleur-chap-5.pdf](http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIudV5/Resources/Document/ouvrages/Pratique_du_traitement_doulueur/institut-upsa-pratique-traitement-douleur-chap-5.pdf) > (consulté le 31 décembre 2013)
- [48] « Omedit Centre ».
- Disponible sur :
- [http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle%20evaluation%20douleur\\_Adulte.pdf](http://www.omedit-centre.fr/fichiers/upload/Echelle%20evaluation%20douleur_Adulte.pdf)
- [49] « Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature ». In : *EM-Consulte* Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/106498>
- [50] « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ».
- Disponible sur :
- <http://www.drees.sante.gouv.fr/satisfaction-des-usageres-des-maternites-a-l-egard-du-suivi-de-grossesse-et-du-deroulement-de-l-accouchement,4290.html>
- [51] CLEOPHAX J. P., FAUQUET E., GIRODET D. « Sorties précoces de maternité: problèmes posés, exigences, recommandations ». *Arch. Pédiatrie*. août 1999. Vol. 6, n°8, p. 885 à 888.
- [52] <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2013/06/Presentation-Thomas-JAN-Responsable-PRADO-CNAMTS.pdf>.
- [53] [http://www.unssf.org/uploads/prado\\_enquete\\_adherents\\_2012.pdf](http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf).
- [54] « Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonne pratique - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés - page 13 » Argumentaire scientifique, 2014

- [55] « Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans ».
- Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419)
- [56] « Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque ».
- Disponible sur : <http://www.insee.fr/>
- [57] Programme d'Accompagnement à Domicile.pdf.
- Disponible sur : <http://www.cgss.re/upload/file/2012-03>
- [58] LE MOIGNE Mathilde, "Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO), volet maternité : perception et évaluation par les sages-femmes libérales : enquête menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud du Finistère d'octobre à novembre 2013" Mémoire Sages-Femmes, 2014.
- [59] SALOME Marina, "Retour précoce à domicile après l'accouchement : étude prospective à la maternité de Port-Royal, 2014 ". Mémoire Sages-Femmes 2014.
- [60] GARAND Marie-Pierre sage-femme "Revenir à la maison après l'accouchement ", Revue Recherche en soins infirmiers n°33, 1993. pages 31 à 41.
- [61] « POULIN Marie-José - Pour éviter la dépression du post partum ».
- [62] [http://www.cesarienne.net/moyens\\_aide.htm](http://www.cesarienne.net/moyens_aide.htm)
- [63] DEMONTGOLFIER I. Bien gérer les sorties précoces de maternité. Article issu des Journées Techniques Avancées en Gynécologie et Obstétrique PMA Périnatalogie et Pédiatrie, 2008. Disponible sur : < [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1232](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1232)
- [64] « Rapport de la cour des comptes - Sécurité Sociale- Chapitre XIII : L'Assurance maladie : une place à clarifier ».
- [65] BELLOT Théobalt "Motifs de recours aux urgences pédiatriques"- Thèse pour le diplôme de Docteur en médecine, 2014 -
- [66] « PARETS Sandra, parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie : étude prospective à partir d'une maternité de type III, thèse pour le doctorat de médecine 2010 ».

- [67] « Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés - EM|consulte ».
- Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/746319/article/frequentation-des-urgences-pediatriques-par-les-nouveau-nes>
- [68] « BOITHIAS Claire - Ictère en maternité et après la sortie - Volume 8, issu 5, journal Médecine thérapeutique / Pédiatrie, page 1 à 6 ».
- [69] AGERON Claudine " Approche ostéopathique de la colique des nouveaux nés et des nourrissons ".
- Disponible sur : <http://beta.ageronmarque.fr/publications/articles/approche-osteopathique-de-la-colique-des-nouveaux-nes-et-des-nourrissons/>
- [70] Caisse Nationale d'Assurance Maladie "PRADO des patients hospitalisés" - Réunion avec les syndicats des sages-femmes, diaporama, page 2. 18 Septembre 2012.
- [71] CAPGRAS BABERON Danielle, Sage-Femme Responsable de formation. Formation à l'Entretien Post Natal Précoce et le travail en réseau périnatal de proximité. Projet pédagogique.
- [72] DUMONT Delphine. " Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : étude descriptive au sein du RPAI". Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, 2013.

# **ANNEXES**

## **Annexe 1.**

### **FEUILLET D'INFORMATION**

Etudiante sage-femme en 4<sup>ème</sup> année, je m'appelle Pauline Lenoir et je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème de la prise en charge par le programme PRADO. C'est à ce titre que je vous sollicite afin de bien vouloir participer à mon étude. Si vous acceptez, je vous contacterai par téléphone 8 à 16 jours après votre accouchement afin de vous poser des questions.

C'est un questionnaire qui vous demandera 10 minutes de votre temps. Par ailleurs, je vous demande de bien vouloir m'indiquer vos coordonnées téléphoniques.

Le secret professionnel s'appliquant à cette étude, je m'engage sur l'honneur à garder confidentiel l'ensemble des données recueillies. Tous mes questionnaires seront traités anonymement.

Je vous remercie d'avance de contribuer à ma réussite.

Pauline Lenoir.

## Annexe 2.

### **LETTRE A LA RESPONSABLE PRADO**

Madame,

Je suis Pauline LENOIR étudiante en 4<sup>ème</sup> année à l'école de sages-femmes. Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'état, je réalise un mémoire de recherche concernant le PRADO. Il s'agit d'une enquête de satisfaction auprès des accouchées de l'HME de Limoges concernant leur retour à domicile PRADO. La date de mon début d'étude débiterait vraisemblablement vers février-mars 2014 pour s'achever aux alentours d'octobre 2014 lorsque le nombre de cas nécessaires sera atteint.

Il me faut au minimum 150 sujets. Mon enquête se déroulera à l'occasion d'un entretien téléphonique 8 à 16 jours après l'accouchement des femmes.

J0 étant considéré comme le jour de leur accouchement. Pour cela, je vous serai reconnaissante de bien vouloir, lors de vos visites à la maternité auprès des femmes :

- leur distribuer un feuillet d'information (communiqué ci-après) leur indiquant les modalités de mon entretien téléphonique
- leur faire remplir une fiche renseignements (communiquée ci-après) comportant leur date d'accouchement, leurs coordonnées téléphoniques ainsi que leur adhésion si elles acceptent.

(Les femmes ne lisant pas et/ou ne comprenant pas le français sont exclues de mon étude)

Ces femmes devront vous remettre ensuite cette fiche d'informations que vous déposerez dans une enveloppe prévue à cet effet dans un des bureaux des sages-femmes à la maternité. La cadre de la maternité Mme Le Pichoux en est déjà informée.

Enfin, du fait des biais de prévarication je vous demande de ne pas leur communiquer l'intitulé exact de mon action de recherche. Mentionnez simplement qu'il s'agit d'une étude concernant le PRADO.

Je vous remercie pour votre aide qui m'est indispensable pour la bonne réalisation de mon mémoire.

Je me tiens à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sincères salutations.

**Annexe 3.**

**COUPON D'INFORMATION**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date d'accouchement :

Renseignements confidentiels pour un contact téléphonique à J8 (J0 étant considéré comme le jour de l'accouchement).

Je soussignée Mme..... accepte d'être contactée par téléphone dans environ 8 à 16 jours après mon accouchement afin de répondre à une enquête qui portera sur ma sortie PRADO.

Horaires de préférence :

- Fin de matinée
- Fin d'après midi

N° de téléphone :

Signature :

## Annexe 4.

### QUESTIONNAIRE

#### **1. Caractéristiques de la population :**

a) **Vous vivez :** seule/en couple

b) **Avez-vous déjà des enfants ? si oui ; Quel âge ont-ils ?**

c) **Quels sont les professionnels qui ont suivi votre grossesse ?** sage-femme / gynéco-obstétricien / les deux / médecin traitant

d) **Aviez-vous des attentes concernant votre prise en charge par le PRADO avant votre retour à domicile ? Si oui, lesquelles ?**

#### **2. Procédure de prise en charge du suivi PRADO :**

a) **A quel moment avez-vous reçu l'information concernant la possibilité d'une sortie PRADO ?**

- EPP ?

- au cours de la grossesse ?

- PNP ? (cours de préparation à la naissance)

- à la maternité ?

- autres ?

b) **Avez-vous eu la possibilité de choisir la sage-femme qui s'est occupée de vous en PRADO ? : oui / non**

**c) Au sujet des visites :**

- **Combien de fois la sage-femme s'est-elle rendue chez vous ?**
- **La SF est passée combien de temps après la sortie de la maternité ? 24h, 48h, 72h ?**
- **La SF est passée combien de jour après la première visite ?**
- **Les visites vous ont-elles paru :**
  - ✓ Très insuffisantes / insuffisantes / suffisantes / en excès
  - ✓ Trop longues / adaptées / courtes / trop courtes
  - ✓ Adaptées / inadaptées avec le moment de la journée

**3. Le ressenti de la mère :**

**3.1 D'un point de vue général**

**a) votre première nuit à domicile a été :** très difficile / plutôt difficile / assez facile / facile

**b) le lendemain de votre sortie, vous vous sentiez :** en forme / plutôt en forme / un peu fatiguée / très fatiguée

**c) avez-vous bénéficié d'une aide à domicile :** oui / non

- ✓ **Si oui :** conjoint / famille / amis / aide-ménagère / autres

**d) Si non, pensez-vous qu'une aide-ménagère vous aurez été nécessaire ?** oui / non

**e) Concernant le vécu de votre retour à domicile :** très bien vécu / bien vécu / moyennement vécu / pas du tout bien vécu

### 3.2 D'un point de vue médical

a) **Avez-vous eu besoin d'une surveillance au sujet** : oui / non

- ✓ *des soins du périnée*
- ✓ *de vos pertes*
- ✓ *de la cicatrisation de votre périnée*
- ✓ *de la prise en charge de la douleur*
- ✓ *d'une période de baby-blues*
- ✓ *autres*

b) **Avez-vous eu besoin d'appeler la sage-femme en dehors des visites** : oui / non

- ✓ **Si oui : pourquoi ?**
- ✓ **Si non : le regrettez-vous ?**

c) **Avez-vous eu recours à d'autres professionnels de santé** :

- ✓ **pour vous** ? oui / non
- ✓ **pour votre enfant** ? oui / non
- ✓ **si oui : Lesquels ? Quand ? Pourquoi ? ré hospitalisation ?**

d) **Concernant le vécu de votre allaitement** :

- **Quel était votre type d'allaitement à la sortie** : maternel / artificiel / mixte
- **Quel est votre type d'allaitement ce jour** : artificiel / maternel / mixte / en cours de sevrage
- **Avez-vous eu besoin d'accompagnement complémentaire** : oui / non
  - ❖ **Dans le cas d'un allaitement maternel, au sujet** :
    - ✓ *des positions d'allaitement*
    - ✓ *du Rythme des tétées*
    - ✓ *du sevrage*

*Avez-vous eu des complications concernant votre allaitement du type :*

- *Crevasses : oui / non*
- *engorgements : oui / non*
- *montée de lait non maîtrisé par la thérapeutique : oui / non*
- *autres*

❖ Dans le cas d'un allaitement artificiel, au sujet :

- ✓ *Du traitement qui stoppe la montée de lait*
- ✓ *De la préparation des biberons*
- ✓ *Des rations*
- ✓ *De la prise des biberons (rythme, heures de tétées)*

#### **4. Concernant votre enfant :**

**a) Avez-vous eu besoin d'accompagnement au sujet :**

- ✓ *du bain ?*
- ✓ *de la réalisation des soins du cordon ?*
- ✓ *du change ?*
- ✓ *de l'apprentissage face aux pleurs du bébé ?*

**b) Avez-vous eu des inquiétudes au sujet : oui / non**

- ✓ *de l'évolution du poids*
- ✓ *de la surveillance de sa température*
- ✓ *des selles de votre bébé*
- ✓ *d'une jaunisse*
- ✓ *de son rythme de sommeil*
- ✓ *de son éveil*
- ✓ *du mode de couchage*

## **5. Bilan général à J8**

**a) A ce jour, avez-vous encore besoin d'un accompagnement au sujet de :**

- ✓ votre allaitement ?
- ✓ votre bébé ?
- ✓ votre corps ?
- ✓ Autres ?

Pour les questions suivantes, je vais vous demander de coter votre satisfaction sur une échelle de 0 à 10. 0 pour très insatisfaite et 10 très satisfaite.

**b) Votre satisfaction au sujet de :**

- ✓ votre prise en charge globale par la sage-femme
- ✓ votre prise en charge médicale par la sage-femme
- ✓ votre prise en charge par la sage-femme au sujet de votre allaitement
- ✓ la prise en charge de votre enfant par la sage-femme libérale

**c) Existe-t-il des points sur lesquels vous pensez ne pas avoir été assez informée ? : oui / non**

- ✓ Si oui, lesquels ?

**d) Le PRADO a-t-il répondu à vos attentes ? : oui / non**

- ✓ si non : pourquoi ?

**e) Souhaitez-vous renouveler cette expérience PRADO lors d'une prochaine grossesse: oui / non**

- ✓ Si non : pourquoi ?

**f) Pensez-vous à des points à améliorer ?**

LENOIR Pauline

Titre du mémoire : Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) : Enquête de satisfaction auprès des accouchées de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges. 84 pages  
Mémoire de fin d'études – Ecole de Sages-Femmes de Limoges  
Année Universitaire 2014-2015

## **RESUME**

Notre réflexion s'articule autour de la satisfaction de la prise en charge de 158 accouchées de l'HME par les sages-femmes libérales, bénéficiant du PRADO. Une étude descriptive a été réalisée montrant que l'ensemble paraissait satisfait.

Des difficultés ont été rencontrées concernant l'organisation des visites, l'efficacité partielle du traitement par Arolac®, une appréhension dans la réalisation des soins du cordon, des inquiétudes récurrentes face aux pleurs de l'enfant.

Le PRADO répond à un réel besoin exprimé par les patientes en leur apportant un accompagnement dans la parentalité. Cependant, le travail en réseau reste primordial afin d'assurer une prise en charge optimale.

**Mots clés** : Satisfaction – Accompagnement – Travail en réseau