

**UCL**

Université  
catholique  
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Évaluation de la prise en charge des patientes à la maternité dans le  
cadre du retour précoce à domicile  
Une approche comparative soignant-soigné

Mémoire réalisé par  
**Laurent Maureen**

Promoteur : **Gobert Patrice**  
Co-Promoteur : **Baukens Yves**

Année académique 2017-2018  
**Master en sciences de la santé publique**  
**Finalité spécialisée**



Évaluation de la prise en charge des patientes à la maternité  
dans le cadre du retour précoce à domicile  
Une approche comparative soignant-soigné

Mémoire réalisé par  
**Laurent Maureen**

Promoteur : **Gobert Patrice**  
Co-Promoteur : **Baukens Yves**

Année académique 2017-2018  
**Master en sciences de la santé publique**  
**Finalité spécialisée**

## Remerciements

J'adresse tout d'abord mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je voudrais adresser toute ma gratitude à Mr Gobert, mon promoteur, d'avoir cru en moi dès le début, de m'avoir aidée et orientée tout au long de ce projet.

Je remercie Mr Baukens, mon co-promoteur pour sa disponibilité, son soutien et ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire également remercier Mr Robert pour sa précieuse aide lors de l'élaboration des questionnaires et la gestion de la base de données et des tests statistiques mais aussi pour toutes les fois où il m'a consacré du temps.

Je remercie aussi toutes les sages-femmes et les patientes pour leur participation à mon mémoire ainsi que le comité d'éthique des deux établissements de m'avoir permis de distribuer mes questionnaires.

Pour finir, je voudrais remercier mes collègues, mes amies et ma famille pour leur soutien. Et plus particulièrement un tout grand merci à mon fiancé pour ses encouragements, sa confiance et son aide tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

## Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

## Sommaire

Remerciements .....	4
Le plagiat.....	5
1 INTRODUCTION.....	9
1.1 Contexte .....	9
1.2 Projet de la réforme du paysage hospitalier : Accouchement avec un séjour hospitalier écourté .....	12
1.3 Les durées moyennes de séjour.....	13
1.3.1 États des lieux en Belgique .....	13
1.3.2 En France.....	14
1.3.3 Aux Pays-Bas .....	14
1.3.4 Au Royaume-Uni .....	15
1.3.5 En Suède.....	15
1.3.6 Au Canada .....	16
1.3.7 Aux Etats-Unis .....	17
1.4 Le Retour Précoce à Domicile (RPAD) .....	18
1.4.1 Le post-partum .....	18
1.4.2 Définitions du RPAD .....	19
1.4.3 Aspect économique .....	20
1.4.4 Concept du RPAD : état des lieux dans la littérature .....	21
1.4.5 Freins et leviers .....	25
1.4.6 Conditions optimales pour un RPAD.....	26
1.5 Définition du concept de prise en charge de qualité .....	28
2 MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	30
2.1 Question de recherche : .....	30
2.2 Objectifs de l'étude : .....	30

2.3 Population étudiée :	31
2.3.1 Le service de maternité des Cliniques de l'Europe Site Saint-Michel.....	31
2.3.2 Le service de maternité des Cliniques Universitaires Saint-Luc.....	32
2.3.3 Choix de l'échantillon pour le questionnaire destiné aux mamans.....	32
2.3.4 Choix de l'échantillon pour le questionnaire destiné aux sages-femmes .....	33
2.4 Choix des outils :	33
2.4.1 Questionnaire destiné aux mamans sortant précocement de la maternité Annexe 1 .....	34
2.4.2 Questionnaire destiné aux sages-femmes de la maternité Annexe 2 .....	35
2.4.3 Règles éthiques.....	35
2.5 Collecte des données .....	36
2.5.1 Questionnaire destiné aux mamans .....	36
2.5.2 Questionnaire destiné aux sages-femmes.....	36
2.6 Outil d'analyse des résultats :	36
2.7 Difficultés rencontrées :	37
3 RÉSULTATS .....	38
3.1 Analyse du questionnaire sage-femme du site Saint-Michel .....	38
3.2 Analyse du questionnaire sage-femme des CUSL .....	42
3.3 Caractéristiques des mamans ayant répondu au questionnaire.....	46
3.4 Satisfaction des patientes .....	53
3.4.1 Liées à la prise en charge à la maternité.....	53
3.4.2 Liées aux informations reçues.....	53
3.5 Choix principaux de RPAD.....	54
3.6 Pistes d'améliorations .....	56
3.7 Durée de séjour optimale.....	57

3.7.1 Durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente primipare .....	57
3.7.2 Durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente multipare .....	58
3.7.3 Durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente primipare .....	58
3.7.4 Durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente multipare .....	58
4 DISCUSSION .....	60
5 LIMITES DE L'ÉTUDE.....	66
6 CONCLUSION .....	68
7 BIBLIOGRAPHIE .....	70
8 ANNEXE .....	75
Annexe n°1 .....	75
Annexe n°2.....	85
Annexe n°3.....	91
Annexe n°4.....	93
Annexe n°5.....	94
Annexe n°6.....	95
Annexe n°7.....	96
a) durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente primipare ..	96
b) durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente multipare ..	97
c) durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente primipare ..	98
d) durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente multipare ..	99

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

La naissance d'un enfant est une expérience importante qui ne se produit que quelque fois dans la vie. Cet événement s'accompagne généralement d'une succession d'émotions, de joies, d'enthousiasme, d'étonnement mais aussi de certaines peurs, d'inquiétudes et de stress. Dès les premiers instants de la vie de leur enfant, les nouveaux parents se posent mille et une questions. Ils sont couramment exposés à des tracasseries, petits ou grands, comme la difficulté de récupérer après un accouchement, la fatigue, le démarrage de l'allaitement (qui est parfois un peu compliqué), le risque de jaunisse ou d'infection du nouveau-né, ... Ceux-ci ne savent pas toujours où trouver les réponses à leurs interrogations. La transmission de l'information intergénérationnelle est moins importante dans nos sociétés contemporaines qu'avant. L'occasion d'apprendre de sa famille se raréfiant, les parents ont donc tendance à se tourner vers le milieu médical.

Pourtant, les femmes ont pendant des millénaires accouché à domicile, accompagnées de personnes plus ou moins expertes dans le domaine. Au 19<sup>ème</sup> siècle, le progrès de la médecine dans les domaines de l'hygiène, de l'anesthésie et de l'obstétrique commence à faire changer les mentalités sur la vision de l'hôpital. Au 20<sup>ème</sup> siècle, en Belgique, l'hôpital est le lieu principalement privilégié par les femmes pour accoucher, ce qui induit au fur et à mesure une médicalisation importante de ce moment. Après la seconde guerre mondiale, tout est mis en œuvre pour relancer la natalité et la réduction de la mortalité infantile devient une priorité nationale. Le développement des progrès médicaux a également permis un meilleur contrôle de la douleur et une diminution des infections puerpérales. L'accouchement s'aseptise et se déshumanise. Dans les années 80, un nouveau courant plus naturaliste de la naissance prône un retour à une conception plus physiologique de l'accouchement. De nouveaux lieux de naissance et de nouvelles techniques comme les préparations globales à la naissance, l'haptonomie, ... voient le jour. Le retour à l'allaitement est le prolongement de ce mouvement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF ont créé le label "hôpital amis des bébés" pour les hôpitaux préconisant l'allaitement. (1)

Malgré une augmentation de la médicalisation autour de la naissance ce siècle dernier, la naissance d'un enfant reste l'évènement le plus naturel qu'il soit. Un suivi adapté et qualifié du corps médical a permis une amélioration considérable des chiffres de mortalité de la mère et de l'enfant. La durée du séjour à l'hôpital dépendra généralement des habitudes de l'institution plutôt que d'une décision des parents ou de réels besoins médicaux.

En Belgique, on assiste pour le moment à une réelle volonté politique de modifier la durée de séjour en maternité. Pourtant un certain nombre de paramètres comme la fragmentation des soins à domicile, la qualité du « service hôtelier » de la maternité ou encore les assurances hospitalisations contribuent à des hospitalisations de longues durées.

Suite à la sixième réforme de l'État Belge, de nombreuses compétences, comme les soins de santé, ont été transférées de l'État Fédéral vers les Communautés et les Régions. Dans le cadre des soins de santé, Maggie de Block, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, commence en 2015 à élaborer une démarche qui vise à la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. Cette approche s'inspire du fait que les besoins des patients évoluent et qu'il existe de plus en plus de personnes âgées et de malades chroniques. Parallèlement, il est observé que de plus en plus d'hôpitaux éprouvent des difficultés à clôturer leurs comptes de manière positive. Selon l'étude Maha de 2015 (2) réalisée par Belfius, il s'agit en 2013 de 40 institutions sur 92. En 2014, une amélioration est observée, il s'agit de 26 institutions sur 92. Cela reste cependant encore une institution sur quatre.

Maggie de Block déclare (3) : *"Après la publication de l'accord de gouvernement qui stipule que nous voulons éviter des séjours hospitaliers inutilement longs, celui-ci démontre qu'un accouchement avec un séjour hospitalier écourté est apparu comme un thème évident pour le secteur hospitalier. Il s'agit d'un grand groupe de femmes, il y a dans notre pays plus de 100 000 accouchements par an dont la plupart se déroulent sans complications"*. En effet, pour l'année 2015, la Belgique (4) recense un nombre total provisoire de 121 713 naissances et 98% d'entre elles se déroulent en milieu hospitalier.

Dans le contexte actuel "d'accouchement avec un séjour hospitalier écourté", il est donc imposé aux structures hospitalières une redéfinition de la prise en charge et de l'organisation des soins en Belgique. L'apparition de nouvelles structures est essentielle pour répondre aux besoins de la population en matière de soins, de prévention et d'éducation à la santé.

L'itinéraire clinique obstétrical a dû être repensé en profondeur ; de la prise en charge en prénatale à la mise en place des soins en post-partum, une grande partie des soins et de l'éducation à la santé pouvant s'effectuer en ambulatoire.

Le séjour à la maternité est généralement consacré aux soins prodigués à la mère et à son bébé mais aussi à transmettre les conseils concernant l'allaitement et les soins du nouveau-né. Il sera donc du rôle du corps soignant à veiller à ce que la maman ne s'inquiète pas face à ce nouveau rôle et que son retour à domicile se déroule dans les conditions les plus optimales possible.

C'est au sein de cette problématique que s'inscrit mon mémoire. Le Retour Précoce à Domicile (RPAD) après un accouchement est actuellement proposé de manière presque systématique dans nos institutions du fait de cette réforme.

Cependant, certaines questions restent en suspens. La qualité des soins est-elle maintenue, augmente-t-elle ou diminue-t-elle ? Les mamans sont-elles satisfaites du Retour Précoce à Domicile ? Est-ce que cette satisfaction peut-elle varier selon les conditions de sortie ? Le vécu est-il meilleur si la sortie est souhaitée par la patiente ? Le suivi à domicile est-il bien organisé et convient-il aux patientes ? Qu'en pense le corps soignant ? Sur quels points le corps soignant peut-il s'améliorer dans le cadre du RPAD ? Le risque de ré-hospitalisation est-il plus important après un RPAD ? Existe-t-il des contre-indications au RPAD ?

Ces interrogations touchent directement mon univers professionnel. Elles sont également à la base de questions d'actualités qui relèvent d'un problème de Santé Publique.

Cette recherche a pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge des patientes à la maternité en sollicitant également le point de vue des sages-femmes. Ceci permettra d'avoir un premier regard sur la prise en charge actuelle du service. Cela permettra de faire un point sur ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré. Ce mémoire constituera une base de travail qui permettra de proposer des pistes de réflexion en vue d'une amélioration de la qualité du processus de prise en charge et de la satisfaction de la mère et de son nouveau-né.

## 1.2 Projet de la réforme du paysage hospitalier : Accouchement avec un séjour hospitalier écourté

Dans le cadre de cette diminution de séjour à la maternité et afin d'atteindre les objectifs visés par la Ministre de la santé, celle-ci a lancé un appel à des projets pilotes autour du thème "accouchement avec séjour hospitalier écourté". Les enjeux principaux de ces projets sont d'une part, accroître au maximum la satisfaction des femmes par rapport à la qualité des soins et d'autre part, affecter de manière plus efficiente les budgets des hôpitaux. Ces projets sont uniquement destinés aux femmes enceintes pour lesquelles un accouchement sans risque est prévu. Elles décident librement de leurs participations ou non.

Les projets doivent comprendre les caractéristiques suivantes (5) : "des soins transmuraux au centre des préoccupations, une équipe multidisciplinaire, un plan d'accompagnement, le patient est un partenaire actif et un monitoring des résultats."

Sept projets pilotes ont été sélectionnés parmi une trentaine de candidatures. Les projets retenus constituent une grande diversité au niveau des modèles d'organisation et des formes de collaboration. L'observation s'étalera sur une période de deux ans et fera l'objet d'un état des lieux annuel qui permettra d'évaluer s'il est nécessaire d'apporter des modifications. Le gouvernement décidera, au terme de ces deux ans, quelles seront les modalités de prise en charge à introduire au niveau de tous les hôpitaux belges.

*"Le but est de tester en étroite collaboration avec le secteur hospitalier et les entités fédérées de nouvelles modalités de prise en charge des parturientes tout d'abord à petite échelle pour ensuite les implémenter à plus grande échelle si l'évaluation du projet s'avère positive. En procédant de cette manière il devrait être possible de maîtriser les effets (col)latéraux défavorables et inattendus et donner l'opportunité au terrain et de s'organiser de manière ad hoc." (3)*

## 1.3 Les durées moyennes de séjour

### 1.3.1 États des lieux en Belgique

En 2014 (6), il existe 99 maternités dont le nombre de naissances varie de 208 à 4979 par maternité. À Bruxelles, les 10 maternités comptabilisent 2230 naissances en moyenne par an, les 34 maternités wallonnes en dénombrent quant à elles 1009 naissances en moyenne par an et les 55 maternités flamandes en recensent 1112 en moyenne par an. La majorité des accouchements se déroulent en milieu hospitalier. Le nombre de naissances sans complications par voie basse est estimé à 72,6% à Bruxelles, 70,3% en Flandre et 73,3% en Wallonie.

D'après les chiffres de l'Agence Inter-Mutualiste (7), le taux de césarienne en Belgique se situe aux alentours des 21% en 2014 (20,6% en Flandre, 22,4% en Wallonie et 20,0% en Région Bruxelloise). Il existe par contre de grandes disparités d'une maternité à l'autre ; le chiffre pouvant osciller de 11,8% à 32,9%.

Dans les années 50, les mamans pouvaient rester une dizaine de jours à l'hôpital où elles avaient accouché. Cela leur permettait d'avoir du temps pour s'acclimater à leur nouveau rôle de mère dans un climat de confiance et de sécurité. (6)

En 1991, les durées de séjour sont en moyenne de 6,9 jours et se réduisent lentement à la fin des années 90 à 5 jours pour un accouchement par voie basse et de 10 à 6 jours pour les césariennes. En 2014 (8), la durée moyenne de séjour pour les accouchements a considérablement rétréci avec une moyenne de 3,7 jours alors qu'elle était de 4 jours en 2011 ou encore de 6,9 en 1991. La Belgique reste néanmoins parmi les pays qui ont les moyennes de séjours les plus longues dans le classement de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

Depuis 2014, tout le paysage hospitalier se modifie pour arriver à diminuer les durées de séjours à la maternité. Cette modification s'inscrit dans un souci d'économie mais également pour se rapprocher le plus possible des pratiques des autres pays de l'Union Européenne. Il a été constaté que sur le plan médical, une hospitalisation longue n'est pas toujours justifiée pour un accouchement par voie basse sans complications.

Certaines zones semblent encore un peu floues dans l'organisation du retour à domicile en Belgique. Certains services de suivi postnatal existent mais semblent pourtant peu utilisés et peu connus. Il existe aussi des associations de sages-femmes destinées à offrir une prise en charge des soins postnatals à domicile durant les six premiers jours du retour à la maison. C'est un service entièrement remboursé par les mutuelles. L'ONE (Office Nationale de l'Enfance) et Kind&Gezin offrent également un suivi des nourrissons par des travailleurs médicosociaux ainsi qu'un travail d'aide et d'écoute pour les familles.

### 1.3.2 En France

D'après les résultats de l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2010 (9), les durées moyennes de séjour après un accouchement par voie basse étaient de 4 jours et de 5,6 jours après une césarienne. Les retours précoces étaient plutôt rares (3,2% des femmes) et il s'agissait plus souvent de femmes multipares. Très peu d'établissements hospitaliers (+/-10%) instauraient des visites de sages-femmes libérales en post-partum au domicile des patientes après leurs sorties de la maternité. Il résulte de cette enquête qu'il existe de grandes disparités dans le mode de prise en charge des femmes en post-partum tant en matière de durée de séjour que d'offre de suivi médical à la sortie de la maternité. Il a également été constaté que cela dépendait fortement des caractéristiques de l'établissement hospitalier où les femmes accouchaient.

Depuis 2010, un service d'accompagnement à domicile des femmes et de leurs nouveau-nés à bas risque a été mis en place par l'Assurance Maladie. Le programme PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) (10) a comme objectif premier d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile tout en garantissant un suivi adapté à chaque situation. La prise en charge comprend deux visites par une sage-femme libérale à partir du 3ème jour après l'accouchement.

En 2014, la durée moyenne de séjour après un accouchement est de 4,1 jours. (8)

### 1.3.3 Aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas (11), la prise en charge des femmes enceintes est très différente, elle s'effectue sur trois niveaux. Dans le premier niveau de soins, les femmes enceintes, sans antécédent médical notoire sont suivies par des sages-femmes et ont l'opportunité d'accoucher à domicile.

Dans le second niveau, ce sont les femmes qui présentent une pathologie obstétricale ou qui ont des antécédents médicaux particuliers. Elles sont dès lors suivies par un obstétricien. Dans le dernier niveau, ce sont les femmes qui nécessitent une prise en charge médicale spécifique dans un hôpital comprenant un service de néonatalogie.

En 2012, la durée moyenne de séjour était de 1,9 jours (8). Un peu plus d'un tiers des femmes accouchent à domicile avec une sage-femme assistée d'une "kraamverzorgster". En l'absence de complications, la sage-femme effectue 5 à 6 visites dans les 10 à 12 jours qui suivent la naissance. La kraamverzorgster vient aussi environ 6h par jour durant les 8 à 10 premiers jours après la naissance pour s'occuper de la mère et de son nouveau-né, ainsi que des autres enfants de la famille. Elle a également pour mission d'aider dans les tâches ménagères, de dispenser certains conseils d'éducation à la santé sur les soins du nouveau-né et sur l'allaitement.

#### 1.3.4 Au Royaume-Uni

Il compte parmi les pays qui ont les plus courts séjours avec une moyenne de 1,5 jours en 2014. (8) Les femmes ont le choix d'accoucher à l'hôpital ou à domicile. Quand celles-ci accouchent à l'hôpital, le séjour à la maternité varie de 6 heures à 2 jours, à savoir que 82% des femmes restent moins de 72h heures à l'hôpital après leur accouchement. La prise en charge des soins post-partum est effectuée par une sage-femme de proximité (community midwife). Celle-ci rend des visites journalières à domicile, le nombre de visites n'est pas fixe mais elles s'effectuent au minimum pendant les 10 premiers jours suivant la naissance.

#### 1.3.5 En Suède

En Suède, presque la totalité des accouchements a lieu à l'hôpital. En 2014 (8), la durée moyenne de séjour après un accouchement était de 2,3 jours. Lorsque toute la grossesse, le travail et l'accouchement se déroulent de manière physiologique, la prise en charge est effectuée par une sage-femme. Le retour à domicile a lieu en général 3 jours après l'accouchement mais les mères sont encouragées à quitter l'hôpital rapidement. Une sortie de la maternité (11) est définie comme précoce si elle a lieu entre les 6 à 72h après l'accouchement aux conditions ; que le couple mère-enfant ne présente aucune pathologie ou facteurs de risque particuliers, que le nouveau-né présente une succion efficace au sein, une fréquence respiratoire normale et une température corporelle correcte.

Dans la région de Stockholm, deux tiers des nouveau-nés quittent l'hôpital 6h après leur naissance. Il existe plusieurs styles de prises en charge en post-partum (11) :

- un programme de retour précoce à domicile qui existe depuis 1998 (pour toutes les sorties dans les 72h après l'accouchement).
- un service d'hospitalisation classique à la maternité qui est réservé aux mères et à leurs nouveau-nés présentant des pathologies.
- et enfin un système où les mamans sont hospitalisées dans une structure plus "hôtelière" qui se trouve à proximité de l'hôpital. Cela permet à la famille d'y séjourner au complet.

La maternité reste garante de la santé de la mère et de son nouveau-né jusqu'à 10 jours de vie et prend en charge les ré-hospitalisations si nécessaire.

En post-partum (6), les visites à domicile sont réalisées soit par des sages-femmes appartenant à l'hôpital soit par des équipes de sages-femmes ("earlydischarge teams") qui se consacrent essentiellement aux sorties précoces. Celles-ci sont joignables 24h/24 jusqu'à la visite du pédiatre qui a lieu entre le 5ème et le 7ème jour de vie.

### 1.3.6 Au Canada

Les séjours ont toujours été assez courts au Canada, mais nous pouvons quand même observer une volonté d'en encore les diminuer, principalement pour des raisons financières mais également de par le désir des mères à rentrer rapidement dans la sphère familiale.

Dans le rapport sur la santé périnatale de 2008 (12), le retour précoce à domicile également qualifié de "congé précoce" est défini comme une sortie dans les 48h pour un accouchement par voie basse et dans les 96h pour une césarienne. Il est également mentionné que les durées moyennes de séjour ont diminué entre les années 90 et 2000. Pour un accouchement par voie basse elle est passée de 2,6 à 2,2 jours et pour une césarienne de 5 à 3,9 jours. En 2014 (8), La durée moyenne de séjour était de 1,6 jours.

En 1996 (14), la Société Canadienne de Pédiatrie et la Société des Obstétriciens et Gynécologues de Canada (SOGC) avaient déjà émis certaines recommandations comme la mise en place de programmes de prise en charge de façon à ce que la réduction de la durée de séjour hospitalière ne provoque pas une diminution de l'état de santé et de bien être des mères et de leurs nouveau-nés.

La SOGC a publié en 2007 (14) plusieurs directives qui visaient à assurer que les femmes et leurs nouveau-nés qui sortaient précocement puissent bénéficier d'une prise en charge appropriée comme des visites médicales à domicile et des consultations dans des centres de santé spécialisés dans l'allaitement. L'objectif était d'assurer une continuité des soins postnatals.

### 1.3.7 Aux Etats-Unis

Au cours de ces 25 dernières années, les durées de séjour après un accouchement ont progressivement diminué pour deux raisons. D'une part, suite aux pressions pour démedicaliser l'accouchement et d'autre part pour restreindre de manière plus rapide les coûts élevés des frais d'hospitalisation. Cette tendance de réduction de séjour a engendré certaines inquiétudes quant aux conséquences possibles pour la mère et son nouveau-né et aux soins qui n'allaient plus être dispensés à l'hôpital. C'est donc face à ces préoccupations que dans les années 90, l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American College Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (15) ont commencé à rédiger des mises à jour sur les recommandations des soins périnataux pour la mère et son nouveau-né. Il n'est pas indiqué une durée de séjour optimale, cependant ils préconisent pour un accouchement par voie basse un séjour de minimum 48 heures et jusqu'à 96 heures pour une césarienne, en ne tenant pas compte du jour de la naissance.

Dans ces recommandations de 2010, l'AAP (16) précise que la durée de séjour doit être assez longue pour pouvoir dépister des complications précoces ainsi que d'identifier les facteurs de risque maternels et néonataux. Il préconise également que pour toutes sorties de l'hôpital dans les 48h suivant la naissance, un examen du nouveau-né doit être effectué par un professionnel de santé dans les deux jours suivant le retour à la maison, au domicile des parents ou dans un lieu externe. Si cet examen ne peut être effectué, il est préconisé de différer la sortie du nouveau-né.

En conclusion, nous pouvons donc constater de grandes différences sur plusieurs points : la définition d'un retour précoce à domicile, l'organisation de la prise en charge des femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum ne sont pas identiques. S'il existe des guides de pratiques cliniques à l'étranger reposant sur des données probantes concernant les soins postnatals, ceux-ci ne sont pas adaptables au contexte belge car les modes de financement et de remboursement des soins ne sont pas les mêmes.

La Belgique commence à s'organiser comme ses voisins nordiques. L'hôpital tend y à être considéré exclusivement comme un centre de soins. En conséquence, le suivi post-natal est majoritairement effectué à domicile et ne se centre plus sur les soins effectués en milieu hospitalier. Dans ce contexte, il est essentiel de fixer un cadre pour ce type de sortie et d'adapter notre organisation actuelle du retour vers le domicile.

#### **1.4 Le Retour Précoce à Domicile (RPAD)**

Le RPAD s'inscrit dans le cadre d'une démarche de Santé Publique. Sa mise en place repose sur l'analyse des caractéristiques démographiques de santé, c'est à dire les déterminants biologiques individuels (évaluation du post-partum et de l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine), l'environnement (familial, lieu d'habitation, coopération paternelle), les comportements individuels (stabilité psychique et émotionnelle, prise de substances illicites ou de médicaments), et pour finir l'accès aux soins qui est un point capital.

##### **1.4.1 Le post-partum**

Selon le dictionnaire Larousse (17), le post-partum se définit comme étant "*la période s'étendant de l'accouchement au retour de couches (réapparition des règles)*".

D'après L'OMS (18), le post-partum également appelé "suite de couches", débute juste après la délivrance. L'heure qui suit l'accouchement fait encore habituellement partie de l'accouchement. Cette première heure est consacrée aux soins immédiats de la mère (évaluation de l'état général, évaluation des pertes sanguines, suture) et de son nouveau-né (évaluation de son état général, mise au sein, ...). Ce moment peut être considéré comme une période de transition entre l'accouchement et le post-partum.

L'OMS désigne le post-partum comme étant les 28 premiers jours suivant la naissance du nouveau-né. Cependant, cette période peut encore s'étendre jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, moment où le corps de la femme retrouve son état non gravide.

Les principaux changements qui s'effectuent pendant cette période sur le plan physique sont la fermeture du col utérin, l'involution du corps utérin, la diminution des lochies, le retour progressif à la normale de la coagulation et la mise en route de l'allaitement maternel. Sur le plan psychique, la naissance d'un enfant cumulée aux modifications hormonales vont provoquer un véritable bouleversement.

Le séjour hospitalier en post-partum permet d'identifier d'éventuelles complications pour la mère et son nouveau-né et d'apporter un soutien nécessaire et adéquat à la mère pour son retour à domicile.

#### 1.4.2 Définitions du RPAD

En 1992 dans la 3ème édition de leurs guidelines des soins périnataux (19), l'American Academy of Pediatrics (AAP) et l'American College Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ont défini un séjour postnatal réduit comme étant un séjour avec une durée inférieure à 48h pour les accouchements par voie basse et inférieure à 96h pour les césariennes. Les retours très précoces étant les séjours inférieurs à 24h.

Cependant, cette définition ne correspond pas à la pratique belge. Les sorties se font habituellement au 3ème voir 4ème jour pour un accouchement par voie basse et au 4ème ou au 5ème jour après une césarienne, le jour 0 étant le jour de la naissance. Une sortie précoce concerne les patientes qui sortent au 2ème jour après un accouchement par voie basse et au 3ème jour pour une césarienne.

Dans le référentiel de la Haute Ecole de Santé ( HAS, anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES, France ) (20), les termes "retour précoce" ou "sortie précoce" représentent les sorties qui s'effectuent entre le J0 et le J2 pour un accouchement par voie basse ou entre le J0 et le J4 pour une naissance par césarienne. Il classe également les sorties en : sortie hyper précoce (J0), très précoce (J1) et modérément précoce (J2). Il précise aussi que *"dans une maternité donnée, une sortie est, en général, considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour ce service"*.

Toutes ces définitions établissent un cadre temporel précis, ce qui implique une multitude d'acteurs et engendre certaines contraintes organisationnelles afin d'assurer un retour à domicile organisé et sécurisé. Ces définitions peuvent d'apparence sembler simples mais ne doivent pas dissimuler la complexité et la diversité des situations observées dans la pratique quotidienne de terrain. Une sortie précoce nécessite donc un suivi adéquat, tant du point de vue maternel que pédiatrique, ainsi qu'une communication et une transmission optimale des informations entre les différents professionnels de santé.

Les objectifs poursuivis par cette pratique sont multiples (21) : économiser des coûts de santé par une diminution de la durée moyenne de séjour, augmenter le bien être des mamans par un retour rapide dans leur environnement familial, favoriser une approche plus familiale de la naissance permettant une plus grande participation des pères et de la fratrie, diminuer les risques pour la mère et son nouveau-né d'exposition aux infections nosocomiales, améliorer la confiance maternelle et dispenser une éducation à la santé moins contradictoire sur l'allaitement maternel. Néanmoins, un certain nombre d'inquiétudes persiste quant à cette pratique comme le retard dans le dépistage des pathologies maternelles et néonatales, le manque de soutien professionnel, une prévalence plus élevée de la dépression du post-partum, une augmentation du taux de ré-hospitalisation pour la mère et son nouveau-né, une baisse de la qualité et de la sécurité des soins, un risque financier pour le service (diminution du taux d'occupation des lits), une diminution du bien-être du personnel hospitalier par une augmentation de la charge de travail.

### 1.4.3 Aspect économique

Selon les données des Mutualités Libres de 2013 (22), les dépenses en soins de santé sont de 2075 euros en moyenne par individu avec une différence entre femme (2250 euros) et homme (1875 euros). Les femmes, en accouchant, font partie de ce groupe de grands consommateurs de soins étant donné que, pour l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité ( INAMI), le coût de l'hospitalisation lié à l'accouchement est de 3300 euros pour un accouchement par voie basse et de 4 600 euros pour une césarienne. Il est facturé en moyenne 4,5 jours d'hospitalisation. Toujours selon les informations des mutualités, une femme qui n'a pas accouché en 2013 et qui est âgée entre 15 et 47 ans induit 1200 euros de dépenses en soins de santé. Tandis qu'une femme de la même tranche d'âge qui a eu un accouchement sans complication comptabilise 5025 euros de dépenses en soins de santé et pour une césarienne cela représente la somme de 6800 euros.

Comme constaté (22), la césarienne engendre des dépenses importantes mais ce sont surtout les césariennes de convenance, la présence d'un statut pathologique possible chez le fœtus à risque de prématurité et/ou de souffrance fœtale in utero qui sont responsables de l'augmentation des dépenses pendant l'hospitalisation.

Ces éléments démontrent l'importance des décisions prises au niveau de la durée de séjour en ce qui concerne l'impact financier pour la sécurité sociale. Maggie De Block a écrit dans sa note générale : « *Il faut en première instance aligner le financement des accouchements vaginaux normaux sur la durée réelle d'hospitalisation, ce qui produira pour le budget de l'INAMI une économie de 11,7 millions d'euros* ».

Dans une étude réalisée en Suisse en 2004 (23), les auteurs ont voulu comparer les coûts d'un retour précoce après un accouchement (65 heures d'hospitalisation en moyenne) avec un suivi par des sages-femmes à domicile et un séjour hospitalier post-natal "traditionnel" (106 heures d'hospitalisation en moyenne). Les résultats de l'étude ont démontré que, malgré des coûts additionnels de suivi, un retour précoce à domicile combiné à un suivi à domicile par des sages-femmes a permis une diminution significative des coûts des soins hospitaliers post-natals sans compromettre la santé et le bien-être de la mère et de son nouveau-né. Aucune différence significative du taux de ré-hospitalisation a été observée. Le coût sociétal net par naissance était inférieur dans le groupe "retour précoce" et cela représentait une économie de plus ou moins 1000 euros par naissance.

#### 1.4.4 Concept du RPAD : état des lieux dans la littérature

Le retour précoce à domicile n'est pas un concept récent. En 1959, une première étude réalisée au St Luke's Maternity Hospital de Bradford au Royaume-Uni (24) avait pour but de démontrer les bienfaits de cette pratique. Sur 2898 accouchements, 741 patientes (26%) sont rentrées à la maison dans les 48 heures après leurs accouchements avec des visites de sages-femmes à domicile. Sur les 14 premiers jours de vie, aucun nouveau-né n'a perdu la vie, seulement 4 bébés ont été réadmis en pédiatrie et 3 mamans ont été réadmis à l'hôpital ; 2 pour hémorragie du post-partum et une pour fièvre puerpérale.

En 1967, une étude comparable a été réalisée dans la même institution (25). Les résultats étant similaires, les auteurs sont convaincus que cette pratique est sûre pour les mères et leurs nouveau-nés à condition que cela soit combiné à un suivi régulier à domicile.

En 2000, en Californie (26), une étude a été menée pour comparer la satisfaction, le taux de ré-hospitalisation et l'impact financier d'un suivi à domicile par rapport à un suivi dans une clinique pédiatrique après un retour précoce. Les visites à la clinique duraient en moyenne 20 minutes tandis que les visites à domicile duraient approximativement 70 minutes.

Les visites à domiciles comprenaient un examen physique de la mère et des conseils préventifs étaient dispensés sur l'environnement familial. Ces visites étaient effectuées entre le troisième et le quatrième jour post-partum. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en ce qui concerne le taux de ré-hospitalisation maternelle et infantile, l'arrêt de l'allaitement maternel ou la dépression après deux semaines. Cependant, les mères dans le groupe des visites à domicile considèrent les conseils en terme de prévention comme très bons, voire excellents (80% contre 44%) comparé au groupe qui était suivi à la clinique pédiatrique. Elles sont également plus satisfaites des soins réalisés sur leurs nouveau-nés (7% contre 59%) ainsi que sur leurs propres soins post-partum (75% contre 47%). En moyenne, une visite à domicile coûtait 255 \$ tandis qu'une visite à la clinique pédiatrique coûtait 120\$. La conclusion de cette étude montre que les visites à domicile sont plus coûteuses et qu'il n'y a pas de différence significative au niveau des résultats cliniques mais que la satisfaction des patientes est nettement plus importante pour celles qui ont reçu des visites à domicile.

En 2001, dans le Kentucky (27), une étude a été menée afin de déterminer si le retour précoce à domicile avait un effet sur le taux de ré-hospitalisation des nouveau-nés au cours de la première semaine de vie comparé aux nouveau-nés qui sont restés plus de 48 heures à l'hôpital. Cette étude a été menée sur une période de 5 ans. Il en ressort que le taux de réadmission hospitalière était significativement inférieur pour le groupe "retour précoce à domicile". Pour les auteurs de cette étude, le retour précoce à domicile est une pratique sûre et raisonnable à condition qu'un suivi soit mis en place dans les 48h après la sortie de l'hôpital.

En 2002, en Australie (28), une revue systématique a été réalisée afin d'évaluer les effets d'un retour précoce à domicile en ce qui concerne la sécurité de cette pratique, la santé et le bien-être des mères et de leurs bébés, leur satisfaction, l'impact sur l'environnement familial et les coûts que cela engendrait. Huit essais randomisés ont été sélectionnés. Une discordance quant à la définition d'un retour précoce ainsi que la prise en charge en prénatal et postnatal à domicile par des sages-femmes a été observée dans les différents essais. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour le taux de réadmissions maternelles ou infantiles. Trois essais ont eu des résultats mitigés quant à la dépression post-partum. Les résultats de six essais ont démontré qu'un retour précoce n'avait pas d'impact significatif sur la durée de l'allaitement maternel. Cependant, les auteurs de cette revue restent prudents par rapport aux résultats exposés étant donné la difficulté de les généraliser compte tenu de la différence de prises en charge. Ils préconisent la réalisation de plus grands essais.

En 2002, au Canada (29) , une étude a été réalisée dans le but de comparer les effets d'un retour précoce à domicile sur la satisfaction et l'allaitement maternel par rapport à un séjour standard (durées d'hospitalisation standards et soins standards). Les mères qui rentraient plus précocement bénéficiaient de visites d'infirmières certifiées consultantes en lactation. 97% des femmes rentrées plus tôt avec la visite d'infirmière à domicile se disaient satisfaites de la prise en charge. Les arguments avancés étaient de retrouver leur confort et leur vie privée ainsi qu'un retour plus rapide à une routine familiale normale. Néanmoins, 60% considéraient qu'un séjour un peu plus long serait nécessaire pour les primipares qui ne se sentaient pas prêtes et pas rassurées de rentrer chez elle plus tôt.

En 2004, aux Pays-Bas, (30) une étude a été menée pour mesurer la satisfaction des patientes après leur retour à domicile. Celle-ci a été effectuée auprès de 559 femmes enceintes suivies par des sages-femmes. Toute patiente présentant une pathologie grave a été exclue de l'étude. 36% des femmes sortaient de la maternité le jour même de l'accouchement et 76% sortaient le lendemain de leur accouchement. Elles recevaient en moyenne 4,1 visites à domicile en cas d'accouchement à domicile ou de retour très précoce et 3,8 visites en moyenne pour les retours dès le lendemain de la naissance. La kraamverzorgster était présente environ 6,7 heures par jour et l'accompagnement durait en moyenne 7,4 jours. Pour conclure, 81% des femmes étaient satisfaites de la prise en charge effectuée en post-partum.

En 2005, dans la région de Séville en Espagne, (31), un essai contrôlé randomisé a été effectué pour évaluer les avantages et les inconvénients de deux types de prise en charge après la sortie de la maternité chez des mamans sans facteur de risque identifié. Ils ont évalué sur base de critères déterminés l'impact d'un retour précoce à domicile (< ou = 24h de post-partum) combiné avec un suivi de contrôle à domicile d'une infirmière spécialisée en soins post-natals dans les 24 à 48h suivant la sortie par rapport à un séjour hospitalier post-partum standard (>48h) avec une visite de contrôle à la maternité prévue entre le 7ème et le 10ème jour. Les critères retenus étaient des mères en bonne santé et des nouveau-nés sains, à terme, pesant plus de 2500g et nés par voie vaginale sans complication avant le départ de l'hôpital. Il a été démontré qu'aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne les taux de réadmissions maternelles ou infantiles. Aucune différence non plus n'a été observée en ce qui concerne la fatigue, l'anxiété et la dépression maternelle. Cependant, une prolongation de la durée de l'allaitement a été observée dans le groupe "retour précoce à domicile".

Une économie de 18 à 20% a également été constatée. Et la satisfaction maternelle dépassait les 90% dans le groupe "retour précoce à domicile".

En 2006, une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ( DREES ) (32) a été réalisée afin d'établir un état des lieux sur la satisfaction des femmes ayant accouché en France. Si dans l'ensemble, les femmes étaient satisfaites du suivi de leurs grossesses et de leurs accouchements, elles étaient entre 15 et 35% à ne pas être satisfaites des informations (accompagnement de l'allaitement maternel, information sur l'allaitement artificiel) et des conseils médicaux (soins liés à une déchirure, une épisiotomie ou une cicatrice de césarienne et la rééducation périnéale) qui leurs ont été dispensés afin de pouvoir continuer à assurer les soins postnatals. Près de 40% des femmes se sont senties mal préparées aux éventuels bouleversements que comprend la période de suite de couches (fatigue, pertes vaginales, poids, retour de couche, sommeil, ...). Ces remarques ne sont pas liées à la durée de leur séjour à la maternité vu qu'au moment de l'enquête, environ 75% des femmes l'estimaient adéquate, 21% trop longue et 7% considéraient leur sortie comme étant prématurée.

Une enquête menée en 2012 en France (33) auprès de 5326 femmes, rapportait qu'un peu plus d'une femme sur 5 se sentaient désemparées, angoissées, peu sûres d'elles lors de leur retour à domicile. Elles considéraient que l'accompagnement durant leur séjour à la maternité n'avait pas été suffisant (attention insuffisante portée à la forme psychologique et physique, aide à l'allaitement, accompagnement des soins du nouveau-né).

En 2014 en Belgique (34), une étude a été réalisée avec deux objectifs principaux. Le premier étant de connaître le degré de satisfaction des patientes à l'égard de leur prise en charge en post-partum. Le second était d'observer quels étaient les points positifs d'un retour précoce à domicile et les points à améliorer pour la préparation de ce retour. Très peu de mamans ont pu bénéficier d'un retour précoce à domicile (21,2%). Les motivations principales du retour précoce étaient la présence d'autres enfants à la maison ou le retour plus rapide au cadre de vie habituelle. Les raisons pour lesquelles la majorité des femmes ne voulaient pas rentrer plus tôt étaient qu'elles voulaient se reposer et bénéficier d'un maximum de conseils dispensés par les sages-femmes. Le taux de satisfaction de leur séjour à la maternité est de 77,7%. Les mamans étaient également globalement satisfaites de l'accompagnement des sages-femmes à domicile et se disaient prêtes à renouveler l'expérience.

L'étude a pu mettre en évidence certains problèmes en lien avec la pratique de sage-femme : manque de communication entre la sage-femme et le médecin, le stress et la surcharge de travail. Elle a pu mettre en avant qu'il était important au 4ème mois de grossesse d'effectuer un entretien prénatal personnalisé afin d'aborder la possibilité d'un retour précoce à domicile. Ils concluent en disant : *"une bonne communication entre les membres de l'équipe soignante, les patientes et leurs proches est d'une importance capitale pour assurer la qualité des soins"*.

En conclusion, les différents articles nous offrent des pistes de réflexion quant à notre sujet d'étude. Cependant, certaines faiblesses méthodologiques et les différences dans le mode de prise en charge de la majorité des études identifiées limitent la validité des résultats et des conclusions à développer. La littérature ne nous fournit pas une durée de séjour optimale pour des mères à bas risques médicaux, psychiques et sociaux. La définition d'une durée de séjour optimale pour la sécurité de la mère et de son enfant permettrait de faire la différence entre le facteur médical et les facteurs liés à l'organisation hospitalière. La majorité des études soulignent toutefois l'importance d'une bonne information et d'une bonne organisation des mères et des couples en prénatal.

#### 1.4.5 Freins et leviers

La littérature (5) (16) (35) relève certains freins ou leviers potentiels au suivi post-partum des femmes dans le cadre d'un retour précoce.

Derrière cette nouvelle pratique, une certaine résistance au changement peut être observée de la part des soignants. Ils imaginent un turnover élevé et une charge de travail plus importante ainsi que la crainte d'une altération de la relation soignant-soigné en raison de la réduction de la durée de séjour. D'autres problématiques organisationnelles peuvent être relevées comme :

- Le risque de glissement de tâches : lors d'un RPAD, un certain nombre de tâches administratives supplémentaires sont à effectuer comme appeler l'organisme qui va prendre en charge cette maman et son nouveau-né, préparer les documents de sortie, effectuer des tests supplémentaires, transmission de mêmes informations plusieurs fois, ...
- Le risque d'augmentation des tâches : le RPAD peut permettre un accroissement de l'activité grâce à une disponibilité des lits mais cela engendre une augmentation des tâches à des moments ponctuels de la journée.

- L'activité des sages-femmes dans le cadre des visites à domicile : le délai de prise en charge est en général très court, les visites s'effectuent le plus souvent le lendemain de la sortie de la maternité. Il faut également pouvoir organiser une continuité des soins le week-end et les jours fériés. Les déplacements au domicile des patientes peuvent être considérés comme fatiguant et comme une perte de temps face au rapport rémunération/temps de trajet.

La méconnaissance des patientes des organismes de soins à domicile et d'accompagnement post-natal allié à la tendance au raccourcissement de la durée de séjour en maternité peut provoquer un vide durant cette première semaine de vie chez le nouveau-né qui est pourtant cruciale.

Le fait de disposer d'une assurance d'hospitalisation pousse les mères à rester plus longtemps à la maternité après avoir accouché tandis que la réforme du paysage hospitalier encourage les hôpitaux à favoriser des séjours plus courts.

Il existe bel et bien des études probantes relatives aux soins postnatals à l'étranger mais elles sont difficilement adaptables au contexte belge.

Avant la mise en place de cette pratique, il est pertinent pour chaque service d'avoir une période d'évaluation de quelques mois afin d'évaluer sur quels critères le RPAD est possible et réalisable au sein de son service, ainsi que les possibles augmentations d'activité et les répercussions financières qui pourraient être provoquées par cette pratique.

#### **1.4.6 Conditions optimales pour un RPAD**

Selon la littérature (16), pour qu'un retour précoce puisse se dérouler de manière optimale, certains concepts doivent être respectés :

- l'intérêt de la mère et de l'enfant doit être mis en avant (ce retour doit être un souhait de la mère ou du couple et il doit s'effectuer dans un contexte environnemental et social favorable).
- il faut s'assurer de la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine ainsi que de l'absence de facteur de risque de complication du nouveau-né.
- l'organisation du relais à domicile et le circuit pour les tests de dépistages néonataux sont des systèmes efficaces.
- la possibilité d'utiliser des ressources de santé locale tout en privilégiant l'organisation en réseau.

Pour que la décision d'un retour précoce soit autorisée en toute sécurité (16), certaines conditions doivent être réunies :

- la mère doit avoir reçu toutes les informations sur le déroulement de son séjour à la maternité, sur le déroulement de la période du post-partum et sur les modalités de prise en charge à sa sortie.
- l'accord en cas de sortie précoce doit clairement être stipulé par la mère et/ou le couple.
- les critères d'éligibilité pour une sortie précoce doivent être satisfaisants (la mère et son nouveau-né sont à bas risque de complications).
- le suivi médical à domicile doit impérativement être organisé avant la sortie en cas de sortie précoce de la maternité.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (16), pour pouvoir proposer un retour précoce à domicile, certains critères doivent être respectés :

- Pour la mère : une absence de signe d'infection, un risque hémorragique contrôlé, un contrôle de la douleur, une bonne instauration du lien mère-enfant, une prise en compte de l'état psychique, une absence d'élément de précarité, une présence de signe de réussite de l'allaitement maternel.
- Pour l'enfant : un nouveau-né à terme, singleton et eutrophe, un Apgar  $>7$  à 5 minutes de vie, un examen clinique normal (stabilité des fonctions vitales) le jour de la sortie, une température corporelle stable, une alimentation établie, des mictions et émissions spontanées de selles, un transit établi, une perte de poids de moins de 8% par rapport au poids de naissance, une absence d'ictère, une mesure de la bilirubinémie à la sortie, une absence d'élément en faveur d'une infection, la vitamine K donnée, des dépistages néonataux organisés par la maternité, un suivi post-partum après la sortie organisé et une première visite prévue dans les 24 heures après la sortie.

Au premier abord, le RPAD ne concerne que les couples mère-enfant à bas risques médicaux, psychologiques et sociaux. La mère doit pouvoir être autonome et compétente pour dispenser les soins à son nouveau-né, pour l'allaitement et elle doit avoir les capacités de pouvoir reconnaître les signes d'alertes concernant son état de santé et celui de son nouveau-né. Pour pouvoir assurer le suivi médical, social et psychologique à domicile, il est impératif d'avoir des professionnels de la santé compétents.

Ils devront être attentifs à la surveillance pédiatrique tant sur le plan physique (poids, alimentation, ictère, examen clinique) que sur le plan psychologique (recherche d'éléments pouvant altérer l'interaction mère-enfant). Des réseaux de soins efficaces doivent être mis en place pour permettre une collaboration entre l'équipe obstétricale et pédiatrique. Il serait d'autant plus bénéfique et encourageant pour les mères de rentrer plus tôt à leurs domiciles si des aides à long terme pouvaient leur être octroyées.

Les professionnels de la santé qui assurent le suivi à domicile et l'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés en post-partum devront être vigilants à la santé et au bien-être de la mère et de l'enfant ainsi qu'à la qualité de la relation entre les parents et l'enfant.

La prise en charge à domicile permet de garantir un suivi à plus long terme. En plus des actes médicaux, ces visites ont pour but de répondre au mieux aux attentes et aux interrogations des femmes. Ces rencontres permettront de dispenser des conseils en rapport avec l'allaitement, d'informer les mamans sur les changements physiques qui se produisent les premières semaines après l'accouchement, sur la reprise de la contraception et la reprise du travail. Cela donne également la possibilité aux patientes de revenir sur certains événements de l'accouchement. L'objectif principal est de pouvoir anticiper la survenue d'une dépression du post-partum.

Le professionnel de la santé doit s'assurer de l'exécution des examens de dépistage néonataux, d'un allaitement de bonne qualité, de l'évolution de la courbe de poids et la surveillance de l'ictère néonatal. Si celui-ci dépiste ou suspecte une complication, il doit pouvoir à tout moment contacter une personne de référence au sein de l'institution hospitalière afin de décider de la prise en charge la plus adéquate et/ou référer. Il garantit également la continuité du suivi médical par un pédiatre ou médecin généraliste en dispensant les informations sur l'importance de leurs rôles.

### **1.5 Définition du concept de prise en charge de qualité**

La qualité des soins (36) est un concept multidimensionnel et elle peut être représentée par six dimensions : la sécurité, l'efficacité, l'efficacé, l'équité, le partenariat et la réactivité.

Selon l'OMS (37), la qualité des soins est *"une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins"*.

Il faut tenir compte que l'évaluation de la qualité des soins est un processus qui évolue en fonction des soins, de la technologie, de la science et des attentes de la population. Les différentes ressources investies et les ressources qui sont disponibles doivent également être prises en compte

Une prise en charge de qualité nécessite que toutes les personnes faisant partie d'un même établissement se concertent dans le but de placer le patient au cœur des décisions médicales de manière à empêcher tout effet délétère sur la qualité des soins.

Mesurer le taux de satisfaction des patients est un indicateur reconnu de l'évaluation de la qualité des soins. La mesure de celui-ci permet, pour un établissement de santé, d'éclairer certains choix relatifs à la politique de qualité des soins et d'alimenter la réflexion pour le développement d'axes d'améliorations.

Dans un contexte de gestion et de management des établissements hospitaliers, il s'avère primordial d'identifier les éléments de satisfaction et d'insatisfaction des patients.

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 2.1 Question de recherche :

Dans l'introduction de ce mémoire, nous avons pu constater que le Retour Précoce À Domicile (RPAD) entraîne un certain nombre d'interrogations. Celles-ci ont été rédigées sous forme d'hypothèses qui représentent la base de ce mémoire. Afin de savoir si *" la qualité des soins est-elle maintenue, diminue-t-elle ou augmente-t-elle "*, si *"les mamans sont satisfaites de leur prise en charge à la maternité dans le cadre d'un RPAD"*, si *" le vécu est meilleur si le RPAD est préparé en prénatal et si la sortie est souhaitée par la patiente "* ou encore *" de quelle manière le rôle du corps soignant est modifié "*, il nous a semblé pertinent d'analyser le processus de prise en charge afin de savoir quels seront les différents déterminants clés. Ceci permettra de proposer des axes d'amélioration dans le processus de prise en charge à la maternité. Nous avons donc, pour entreprendre l'analyse de ce mémoire, comme question de recherche :

**" L'organisation actuelle du RPAD à la maternité de Saint-Michel est-elle un frein à une prise en charge de qualité des mamans ? "**

### 2.2 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si l'organisation actuelle du Retour Précoce A Domicile au sein de la maternité Saint-Michel pourrait-être un frein à une prise en charge de qualité des patientes et de quelle manière celle-ci pourrait être améliorée.

Les objectifs secondaires sont multiples :

- établir le profil socio-économique des mamans sortant précocement.
- établir un état des lieux sur la prise en charge en prénatal des mamans.
- connaître l'appréciation globale des patientes de leur séjour à la maternité en fonction de la prise en charge et des informations qui leur ont été dispensées.
- de quelle manière a été organisé le retour précoce à domicile des mamans et de leurs nouveau-nés.
- connaître les principales raisons pour lesquelles les patientes veulent sortir précocement.

- avoir le point de vue des sages-femmes hospitalières concernant l'organisation du suivi prénatal dans leur établissement.
- avoir le point de vue des sages-femmes hospitalières concernant l'organisation du RPAD dans leur établissement.
- avoir le ressenti général des sages-femmes concernant le RPAD en général.
- pouvoir confronter l'avis des mamans à celui des professionnels de santé.

### **2.3 Population étudiée :**

Cette étude a été réalisée au sein de deux maternités privées bruxelloises se trouvant dans le même secteur géographique. Les maternités sont les suivantes : les Cliniques de l'Europe site Saint-Michel et les Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL).

Ce travail s'est principalement porté sur le service de maternité des Cliniques Saint-Michel car c'est à partir de mon travail hospitalier et de mon travail comme sage-femme à domicile, que toutes mes interrogations sont nées. Il nous a semblé pertinent dans le cadre de cette étude de comparer les Cliniques Saint-Michel avec une autre. Cette recherche sera d'autant plus riche que les équipes soignantes, les structures, les procédures et l'organisation diffèrent d'un hôpital à l'autre. C'est pour cela qu'il est nécessaire de comparer deux unités de soins distinctes pour obtenir des résultats probants pour le couple mère/enfant, pour les soignants mais également pour le management et la gestion de chaque institution.

#### **2.3.1 Le service de maternité des Cliniques de l'Europe Site Saint-Michel**

Le service comprend le bloc d'accouchement, la maternité et le service de néonatalogie. Les suivis de grossesse sont exclusivement réalisés par les gynécologues de l'institution et l'intégralité du suivi prénatal s'effectue au sein de l'établissement à l'exception de quelques consultations. Les sages-femmes effectuent des consultations de surveillance (monitoring).

Des visites de la maternité et des séances d'information sur l'allaitement maternel sont organisées de manière régulière.

En 2015, l'institution a enregistré 1360 naissances, 1411 en 2016 et 1282 en 2017. L'équipe est constituée de 31 sages-femmes, de 8 infirmières pédiatriques et d'une aide logistique.

### **2.3.2 Le service de maternité des Cliniques Universitaires Saint-Luc**

Le service comprend des consultations prénatales données par des sages-femmes et/ou des gynécologues, une unité de médecine fœtale, une unité "maternal intensive care" (Grossesse à Haut Risque), le bloc d'accouchement et deux services de maternités. Les suivis de grossesse sont principalement effectués par les gynécologues et l'intégralité du suivi prénatal se déroule au sein de l'établissement. Des consultations données par des sages-femmes sont également développées : consultation prénatale de suivi de grossesse, consultation de surveillance (monitoring), des séances de préparation à la naissance, des consultations en lactation, de l'hypnose et des séances de tabacologie.

Des visites de la maternité sont uniquement organisées à la demande des patientes. Des séances d'informations sont également proposées sur les différents thèmes : la grossesse, l'accouchement, le séjour à la maternité et le RPAD, l'allaitement maternel et le portage.

En 2015, l'institution a enregistré 1789 naissances, 1824 en 2016 et 1901 en 2017. À la maternité, l'équipe est constituée de 18 sages-femmes et d'une infirmière. En salle d'accouchement, elles sont 22 sages-femmes et dans l'unité de GHR et maternité elles sont 20.

### **2.3.3 Choix de l'échantillon pour le questionnaire destiné aux mamans**

Cette étude a été réalisée auprès d'une population de femmes ayant accouchés au sein de la maternité du site Saint-Michel.

La sortie précoce a été définie comme étant une sortie de la maternité au J2 pour un accouchement par voie basse et au J3 pour une césarienne. Le J0 étant le jour de la naissance.

#### **a) Critères d'inclusion**

La population cible comprend les femmes ayant accouchées d'un enfant vivant et dont la sortie se fait au J2 pour un accouchement par voie basse et au J3 pour une césarienne.

#### **b) Critères d'exclusion**

Les patientes ne comprenant pas (ou mal) la langue française et ne sachant pas (ou mal) écrire l'écrire.

Les patientes séparées de leur nouveau-né durant leur séjour à la maternité du fait de son hospitalisation en néonatalogie.

Les patientes dont la sortie s'est faite au delà du J2 pour un accouchement par voie basse et au delà du J3 pour une césarienne.

### **2.3.4 Choix de l'échantillon pour le questionnaire destiné aux sages-femmes**

#### **a) Critères d'inclusion**

Cette étude a été réalisée auprès des sages-femmes travaillant au sein des deux maternités bruxelloises décrites plus haut. Le questionnaire a été distribué sous format papier à tout le personnel soignant travaillant à la maternité dans les deux institutions.

#### **b) Critères d'exclusion**

Les infirmières ne travaillant jamais à la maternité ont été exclues de l'étude.

### **2.4 Choix des outils :**

Dans un premier temps, nous avons établi une liste de questions susceptibles de répondre aux différentes hypothèses énoncées et à la question de recherche. La création de cette liste a été conçue à partir d'une réflexion personnelle. Cette réflexion est née des différentes hypothèses formulées dans la partie théorique de ce travail et sur base de ma propre expérience professionnelle.

Dans un second temps, parmi celles-ci, certaines ont été sélectionnées ou exclues après discussion avec le promoteur et le co-promoteur. Certaines questions ouvertes ont également été remaniées pour les transformer en question fermées.

Dans un troisième temps, les questions ont été séparées en deux questionnaires distincts. Deux questionnaires ont donc été créés. Un premier destiné aux mamans sortant précocement de la maternité et un deuxième destiné aux sages-femmes. Le but est d'interroger le personnel soignant dans les deux institutions et les patientes d'une des deux institutions afin de pouvoir confronter les différents points de vue et les différents constats mis en évidence par la revue de la littérature.

Pour la formulation de certains items et certaines questions à échelle descriptive, je me suis inspirée de deux enquêtes belges : "Enquête de Santé, Belgique 2018" (38) et l'enquête "Toi, ton école, ta santé" (39).

Ces questionnaires serviront à une analyse quantitative. Ces deux questionnaires permettent de répondre à la question de recherche et d'investiguer les objectifs secondaires de ce mémoire.

Après les différentes corrections effectuées, ces questionnaires ont été validés par le promoteur et le co-promoteur. Nous avons donc ensuite effectué deux phases de pré-tests.

Lors de la première phase test, le questionnaire destiné aux mamans a été distribué à un groupe de 7 personnes externes au milieu médical ou ayant accouché récemment. Le questionnaire destiné aux sages-femmes a été distribué à un groupe de 5 sages-femmes externes aux deux institutions interrogées. Un manque de compréhension et de clarté a été mis en évidence pour certaines questions. Celles-ci ont donc été modifiées et corrigées. Ensuite, les questionnaires ont été revalidés par le promoteur et le co-promoteur.

Lors de la deuxième phase test, le questionnaire destiné aux mamans a été distribué à un groupe de 8 personnes externes au milieu médical ou ayant accouché récemment. Le questionnaire destiné aux sages-femmes a été distribué à un groupe de 5 sages-femmes externes aux deux institutions interrogées. Il n'y a pas eu de remarques de la part des différents répondants. Les deux questionnaires ont donc été validés définitivement. Les questionnaires prennent entre 15 et 30 minutes pour y répondre.

#### **2.4.1 Questionnaire destiné aux mamans sortant précocement de la maternité Annexe 1**

Ce questionnaire vise dans un premier temps à établir le profil socio-économiques des patientes sortant précocement, déterminer qui a principalement suivi la grossesse, si elles ont souffert de pathologies ou non et comment s'est déroulé le suivi en prénatal et l'accouchement.

Dans un second temps, nous avons voulu explorer deux volets : la prise en charge du couple mère/enfant à la maternité et les informations dispensées par le personnel médical.

Dans un troisième temps, nous avons voulu connaître comment le RPAD a été organisé dans l'institution où la patiente avait accouché.

Pour finir, nous voulions connaître de quelle manière les patientes ont été informées de la possibilité de sortir précocement. Mais également, à quel moment elles en ont été informées et quand la décision de sortie a été prise. Il était important pour nous de savoir quelles étaient les raisons principales de ce choix et comment elles se sont senties tout au long de leur séjour à la maternité.

Le questionnaire comprend 48 questions et se compose de 5 parties : les renseignements généraux (8 questions) ; le déroulement de la grossesse et de l'accouchement (17 questions) ; l'appréciation globale du séjour à la maternité (2 questions sous forme de tableau avec échelle descriptive) ; l'organisation du retour précoce à domicile (7 questions) ; et pour finir leurs ressenti, leurs avis (14 questions).

#### **2.4.2 Questionnaire destiné aux sages-femmes de la maternité Annexe 2**

Ce questionnaire vise tout d'abord à établir le profil du personnel soignant. Ensuite nous voulions connaître les différentes modalités de prise en charge des patientes en prénatal ainsi que la manière dont le retour précoce est organisé au sein des deux institutions étudiées. Pour finir, il nous était indispensable de prendre connaissance de l'avis des sages-femmes par rapport au RPAD en tant que tel et la manière dont il est organisé.

En plus de recueillir des informations sur la perception des patientes par rapport à leur prise en charge à la maternité, nous voulions également connaître la perception des soignants liée à cette prise en charge afin de savoir si les points de vue convergent ou divergent. Certaines questions sont reprises dans les deux questionnaires afin de pouvoir les mettre en lien. Ces différences de perception permettront de mettre en évidence pistes d'améliorations dans la prise en charge des patientes.

Le questionnaire comprend 33 questions et se compose de 4 parties : les renseignements généraux (4 questions) ; l'organisation du suivi prénatal selon le protocole de l'établissement où elles exercent (10 questions) ; l'organisation du retour précoce à domicile selon le protocole de l'établissement où elles exercent (3 questions) ; leur avis en tant que sage-femme (16 questions).

#### **2.4.3 Règles éthiques**

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. Les questionnaires ont respecté l'anonymat de chaque participante. Les patientes et le personnel soignant avaient la liberté de participer ou non à ce travail de recherche. Les questionnaires une fois remplis, ont été remis dans un endroit prévu à cet effet garantissant l'anonymat de chacun.

Au préalable, les autorisations de distribution des questionnaires ont été signées par les personnes responsables de chaque maternité ainsi que les comités d'éthique de chaque institution.

## **2.5 Collecte des données**

### **2.5.1 Questionnaire destiné aux mamans**

Le questionnaire a été distribué du 12 mars 2018 au 15 mai 2018. Une fois le questionnaire validé, un mail explicatif a été envoyé à toute l'équipe. Le questionnaire a été distribué sous format papier le jour de la sortie de la maternité des patientes. Les collègues pouvaient rappeler aux patientes que celui-ci était anonyme et libre de participation malgré que ce soit précisé dans l'introduction du questionnaire. Une fois remplis, ceux-ci étaient déposés dans un bac prévu à cet effet.

### **2.5.2 Questionnaire destiné aux sages-femmes**

#### **a) Maternité Saint-Michel :**

Le questionnaire a été distribué du 21 février 2018 au 1er mars 2018. Après validation de celui-ci, les explications ont été communiquées à toute l'équipe par mail et de manière orale. Il était disponible sous format papier dans le service, il était également anonyme et libre de participation. Une fois celui-ci rempli, il pouvait être déposé dans le bac prévu à cet effet.

#### **b) Maternité Saint-Luc :**

Le questionnaire a été distribué du 23 février 2018 au 1er mars 2018. Celui-ci a été présenté aux chefs des deux maternités. Lors d'une réunion d'équipe, les chefs de services ont donné les mêmes explications que celles envoyées par mail aux sages-femmes de Saint-Michel. Une boîte était prévue pour la récolte des questionnaires dans un des deux services de maternité.

## **2.6 Outil d'analyse des résultats :**

Une base des données commune pour les deux questionnaires a été créée à partir du logiciel *IBM SPSS Statistics*. Les données ont été encodées au fur et à mesure. Le logiciel a été utilisé pour établir des fréquences et des moyennes et ces différentes analyses statistiques nous ont permis de prendre connaissance des principales caractéristiques des trois échantillons. Une analyse statistique a été faite avec le test chi-carré afin d'établir une corrélation entre deux groupes indépendants.

Mr Robert P-O, assistant à la FSP de l'UCL, a été consulté à plusieurs reprises afin de valider la création de la base de données et également les différents tests statistiques utilisés pour analyser les données.

## **2.7 Difficultés rencontrées :**

La première difficulté rencontrée est la suivante : au départ, il avait été prévu de distribuer le questionnaire destiné aux mamans, aux patientes ayant accouché à la maternité des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Une décision favorable du comité d'éthique a été donnée trop tardivement, ce qui a empêché la distribution et l'exploitation des résultats dans les temps impartis.

La deuxième difficulté rencontrée constituait à pouvoir parvenir à motiver les équipes à distribuer les questionnaires sans les opprimer.

La troisième difficulté est liée au fait qu'en tant que sage-femme, les côtés relationnel, humain et affectif sont fortement sollicités. En raison d'une charge de travail souvent importante, la distribution du questionnaire est parfois passé au second plan. Durant le déroulement de l'étude, l'objectif a été que tout se passe dans les meilleures conditions possibles sans que cela ne devienne un poids ou une charge supplémentaire pour les équipes soignantes.

## 3 RÉSULTATS

Durant les différentes périodes de distribution des questionnaires, nous avons pu récolter 109 questionnaires au total. 48 questionnaires destinés aux mamans (n=48), 30 questionnaires destinés aux sages-femmes de Saint-Michel (n=30) et 31 questionnaires destinés aux sages-femmes de Saint-Luc (n=31). Du 12 mars 2018 au 15 mai 2018, il y a eu 151 naissances au sein des Cliniques Saint-Michel et 48 patientes ont participé cette étude. Nous allons donc, dans cette partie, vous présenter les principales caractéristiques des trois échantillons étudiés.

**Tableau 1 : Lieu de l'enquête**

		Fréquence
Lieu	SF St Michel	30
	Maman St Michel	48
	SF St Luc	31
	Total	109

### 3.1 Analyse du questionnaire sage-femme du site Saint-Michel

**Tableau 2 : Expérience professionnelle**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	< 2 ans	8	26,7
	Entre 2-5 ans	5	16,7
	Entre 6-10 ans	7	23,3
	> 10 ans	10	33,3
	Total	30	100

La totalité de l'échantillon se trouve être des femmes. Sur les 30 sages-femmes travaillant au sein des Cliniques Saint-Michel qui ont répondu au questionnaire, l'expérience professionnelle la plus fréquemment relevée est la tranche > 10 ans (33,3%) et celle de moins de 2 ans (26,7%).

**Tableau 3 : Secteur de travail**

	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage
Maternité	30	100	0	0
Bloc d'accouchement	27	90	3	10
Consultation de surveillance : monitoring	9	30	21	70
Néonatalogie (N*)	8	26,7	22	73,3

N\* = petite Néonatalogie

Le personnel soignant tourne de manière journalière entre tous les services, 100% de l'échantillon travaille à la maternité, 90% travaille en salle d'accouchement, 30% assure des consultations de surveillance (monitoring) et 26,7% travaille en néonatalogie.

**Tableau 4 : Travail d'indépendante complémentaire**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	2	6,7
	Non	28	93,3
	Total	30	100,0

Sur la totalité de l'échantillon, seulement 2 personnes travaillent comme sage-femme indépendante de manière complémentaire. Leurs spécialités sont : la préparation à la naissance, les consultations post-natales, et les soins à domicile post-natals.

**Tableau 5 : Moment de prise de décision de principe pour une sortie précoce**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Au début du séjour	9	30,0
	Le jour de la sortie	21	70,0
	Total	30	100,0

Nous pouvons également constater que dans le service, la décision de principe pour une sortie précoce est majoritairement prise le jour de la sortie de la maternité (c'est à dire au deuxième jour post-partum) ou au début du séjour des patientes à la maternité.

**Tableau 6 : Moment idéal pour informer les patientes du RPAD**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pendant le T1	2	6,7
	Pendant le T2	3	10,0
	Pendant le T3	17	56,7
	Lors de l'EIPP	7	23,3
	Pendant le séjour à la maternité	1	3,3
Total		30	100,0

La majorité des sages-femmes (56,7%) pensent que le moment idéal pour informer les futures mères/couples par rapport au RPAD est pendant le troisième trimestre de grossesse. 23,3% estiment qu'il est mieux d'informer durant le deuxième trimestre de grossesse. 10% pensent que le bon moment est lors de l'entretien individuel prénatal précoce (EIPP dit du 4ème mois).

**Tableau 7 : Information sur l'organisation des sorties au sein de votre établissement.**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Information orale	12	40,0
	Document écrit + information orale	2	6,7
	Pas d'information systématique	13	43,3
	Pas mon rôle	3	10,0
Total		30	100,0

43,3% des sages-femmes de l'échantillon étudié n'informent pas de manière systématique les patientes sur la manière dont les sorties de la maternité sont organisées au sein de la maternité Saint-Michel. Mais 40% d'entre elles informent quand même les patientes de manière orale sur l'organisation des sorties.

**Tableau 8 : Numéro joignable 24h/24 si pas de personne relais**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	24	80,0
	Non	6	20,0
	Total	30	100,0

**Tableau 9 : Remise de la fiche de liaison si refus de suivi par une sage-femme**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	7	23,3
	Non	23	76,7
	Total	30	100,0

Nous pouvons observer que lorsque 80% des sages-femmes ne contactent pas de personne relais pour le suivi à domicile, celles-ci laissent un numéro de téléphone joignable 24h/24 aux patientes en cas de problème et 20% ne le font pas. Par contre, nous pouvons constater que 76,7% ne remettent pas le document "fiche de liaison" aux patientes même si celles-ci refusent un suivi à domicile par une sage-femme et que seulement 23,3% remettent ce document.

**Tableau 10 : Relais dans le cadre d'un RPAD**

	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage
<b>Sage-femme à domicile</b>	30	100	0	0
<b>Infirmière à domicile</b>	1	3,3	29	96,7
<b>Puéricultrice</b>	0	0	30	100
<b>Aide familiale</b>	8	26,7	22	73,3
<b>Médecin généraliste</b>	1	3,3	29	96,7
<b>Pédiatre</b>	4	13,3	26	86,7

Selon notre échantillon, le relais idéal, dans le cadre des RPAD, est une sage-femme qui viendrait à domicile de manière régulière afin d'assurer une continuité des soins. 26,7% pensent également qu'une aide familiale pourrait être un relais à domicile. Cependant 86,7% pensent qu'un pédiatre ne serait pas un relais idéal.

**Tableau 11 : Information de la possibilité d'un RPAD avec une sage-femme à domicile**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	9	30,0
	Non	21	70,0
	Total	30	100,0

**Tableau 12 : Organisation de la sortie précoce en prénatal**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	29	96,7
	Non	1	3,3
	Total	30	100,0

70% des sages-femmes interrogées pensent que les patientes ne sont pas bien informées de la possibilité de sortir précocement de la maternité avec un suivi par une sage-femme à domicile. Et 96,7% estiment que pour qu'une sortie précoce se passe dans des conditions optimales, celle-ci doit s'organiser durant la période prénatal.

### 3.2 Analyse du questionnaire sage-femme des CUSL

**Tableau 13 : Expérience professionnelle**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	< 2 ans	4	12,9
	Entre 2-5 ans	6	19,4
	Entre 6-10 ans	4	12,9
	> 10 ans	17	54,8
	Total	31	100,0

La totalité de l'échantillon se trouve être des femmes. Sur les 31 sages-femmes travaillant au sein des Cliniques Universitaire Saint-Luc qui ont répondu au questionnaire, l'expérience professionnelle la plus fréquemment relevée est la tranche > 10 ans (54,8%) et celle entre 2 et 5 ans (19,4%).

**Tableau 14 : Secteur de travail**

	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage
Maternité	31	100	0	0
Bloc d'accouchement	10	32,3	21	67,7
Consultation prénatale	10	32,3	21	67,7
GHR	18	58,1	13	41,9
Néonatalogie	0	0	0	0

Une partie du personnel reste fixe au sein d'un service et le reste tourne de manière périodique entre les services, 100% de l'échantillon travaillent à la maternité, 32,3% travaillent en salle d'accouchement, 32,3% assurent des consultations prénatales, 58,1% travaillent dans le service de grosses à haut risques (GHR) et 0% en néonatalogie.

**Tableau 15 : Travail d'indépendante complémentaire**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	5	16,1
	Non	26	83,9
	Total	31	100,0

Sur la totalité de l'échantillon, 5 personnes travaillent comme sage-femme indépendante de manière complémentaire. Leurs spécialités sont : les consultations prénatales, les séances de préparation à la naissance, les consultations en lactation, les consultations post-natales et les soins à domicile post-natal.

**Tableau 16 : Moment de prise de décision de principe pour une sortie précoce**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Pendant la grossesse	29	93,5
	Au début du séjour à la maternité	2	6,5
	Total	31	100,0

Nous pouvons également constater qu'au sein de la maternité Saint-Luc, la décision de principe pour une sortie précoce est principalement prise pendant la grossesse.

**Tableau 17 : Moment idéal pour informer les patientes du RPAD**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Avant la grossesse	1	3,2
	Pendant le T1	3	9,7
	Pendant le T2	17	54,8
	Pendant le T3	5	16,1
	Lors de l'EIPP	5	16,1
	Total	31	100,0

La majorité des sages-femmes (54,8%) pensent que le moment idéal pour informer les futures mères/couples par rapport au RPAD est pendant le deuxième trimestre de grossesse. 16,1% estiment qu'il est mieux d'informer durant le troisième trimestre de grossesse. Et 16,1% pensent que le bon moment est lors de l'entretien individuel prénatal précoce.

**Tableau 18 : Information sur l'organisation des sorties au sein de votre établissement.**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Information orale	13	41,9
	Document écrit + information orale	14	45,2
	Pas d'information systématique	2	6,5
	Pas mon rôle	2	6,5
	Total	31	100,0

87,1% des sages-femmes de l'échantillon informent de manière systématique les patientes sur la manière dont les sorties de la maternité sont organisées. Elles donnent l'information soit de manière orale soit en remettant aux patientes un document écrit. Seulement 13% ne dispensent pas l'information de manière systématique ou estiment que ce n'est pas leur rôle.

**Tableau 19 : Numéro joignable 24h/24 si pas de personne relais**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	29	93,5
	Non	2	6,5
	Total	31	100,0

**Tableau 20 : Remise de la fiche de liaison si refus de suivi par une sage-femme**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	24	77,4
	Non	7	22,6
	Total	31	100,0

Nous pouvons observer que lorsque 93,5% des sages-femmes ne contactent pas de personne relais pour le suivi à domicile, celles-ci laissent un numéro de téléphone joignable 24h/24 aux patientes en cas de problème et 6,5% ne le font pas. Nous pouvons également constater que 77,4% remettent le document "fiche de liaison" aux patientes même si celles-ci refusent un suivi à domicile par une sage-femme et que 22,6% ne le remettent pas.

**Tableau 21 : Relais dans le cadre d'un RPAD**

	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage
<b>Sage-femme à domicile</b>	31	100	0	0
<b>Infirmière à domicile</b>	0	0	31	100
<b>Puéricultrice</b>	3	9,7	28	90,3
<b>Aide familiale</b>	8	25,8	23	74,2
<b>Médecin généraliste</b>	4	12,9	27	87,1
<b>Pédiatre</b>	17	54,8	14	45,2

Selon l'échantillon, le relais idéal, dans le cadre des RPAD, est une sage-femme qui viendrait à domicile de manière régulière afin d'assurer une continuité des soins. 54,8% pensent également qu'un pédiatre est un relais idéal pour le suivi du nouveau-né. Et 25,8% pensent qu'une aide familiale pourrait être utile à domicile.

**Tableau 22 : Information de la possibilité d'un RPAD avec une sage-femme à domicile**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	11	35,5
	Non	20	64,5
	Total	31	100,0

**Tableau 23 : Organisation de la sortie précoce en prénatal**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	31	100,0

64,5% des sages-femmes interrogées pensent que les patientes ne sont pas bien informées de la possibilité de sortir précocement de la maternité avec un suivi par une sage-femme à domicile. Et 100% estiment que pour qu'une sortie précoce se passe dans des conditions optimales, celle-ci doit s'organiser durant la période prénatal.

### 3.3 Caractéristiques des mamans ayant répondu au questionnaire

**Tableau 24 : Tranche d'âges des patientes**

		Fréquence	Pourcentage
Âge	21-25 ans	4	8,3
	26-30 ans	16	33,3
	31-35 ans	17	35,4
	36-40 ans	10	20,8
	>40 ans	1	2,1
Total		48	100,0

**Tableau 25 : Situation professionnelle des parents**

	Situation professionnelle de la mère		Situation professionnelle du père	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
<b>Employé</b>	33	68,8	31	64,6
<b>Indépendant</b>	2	4,2	11	22,9
<b>Fonctionnaire</b>	3	6,3	4	8,3
<b>Sans emploi</b>	10	20,8	2	4,2
<b>Total</b>	48	100,0	48	100,0

**Tableau 26 : Situation familiale**

		Fréquence	Pourcentage
Sit. familiale	Mariée	30	62,5
	En couple	16	33,3
	Célibataire	2	4,2
	Total	48	100,0

**Tableau 27 : Origine des parents**

		Origine mère		Origine père	
		Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Origine	Amérique du sud	2	4,2	1	2,1
	Europe	37	77,1	38	79,2
	Afrique du nord	6	12,5	6	12,5
	Afrique du sud	2	4,2	1	2,1
	Asie	1	2,1	2	4,2
	Total	48	100,0	48	100,0

48 patientes ayant accouché à Saint-Michel ont participé à l'enquête. L'âge le plus fréquemment observé est la tranche d'âge 31-35 ans (35,4%) et les 26-30 ans (33,3%). Les patientes questionnées sont en majorité des employées (68,8%) et des personnes sans emploi (20,8%). Quant à la situation professionnelle du conjoint, ceux-ci sont en majorité des employés (64,6%) et des indépendants (22,9%). 62,5% des patientes sont mariées et 33,3% sont en couple. Les couples sont majoritairement d'origine Européennes (mère : 77,1% et père 79,2%).

**Tableau 28 : Gestité \* Parité**

		Nombre d'enfants					Total
		P1	P2	P3	P4	> 5 enfants	
Nombre de grossesses	G1	11	0	0	0	0	11
	G2	1	20	1	0	0	22
	G3	0	3	5	0	0	8
	G4	0	3	0	1	0	4
	> 5 grossesses	0	0	0	0	3	3
Total (%)		12 (25%)	26 (54,15%)	6 (12,5%)	1 (2,1%)	3 (6,25%)	48 (100%)

Au vu de l'échantillon testé, il apparaît que dans le cadre du RPAD, pour 75% il s'agit de patientes qui ont déjà eu au moins un enfant et pour 25% d'entre elles, il s'agit d'un premier enfant.

**Tableau 29 : Estimation du bien être pendant la grossesse**

Moyenne ± DS	
Déroulement de la grossesse /10	8,08 ± 1,269

DS : déviation standard

Dans sa globalité, les patientes interrogées durant l'étude ont bien vécu leurs grossesses. La moyenne est de 8,08. Elles devaient donner une note entre 0 et 10. 0 étant un vécu de grossesse très mauvais et 10 étant un vécu de grossesse excellent.

**Tableau 30 : Nombre de patientes qui ont assisté à des consultations prénatales données par des sages-femmes**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	6	12,5
	Non	42	87,5
	Total	48	100,0

**Tableau 31 : Nombre de CPN**

Moyenne ± DS	
Nombre de CPN	3,67 ± 1,751

DS : déviation standard

Nous constatons également que seulement 12,5% des patientes de l'échantillon ont assisté à des consultations prénatales données par des sages-femmes. Celles-ci ont suivi en moyenne 3,67 séances sur toute leur grossesse. Il s'agissait principalement de préparation à l'accouchement.

**Tableau 32 : Visite de la maternité et de la salle d'accouchement.**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	23	47,9
	Non	25	52,1
	Total	48	100,0

47,9% des patientes ont participé à une visite de la maternité et de la salle d'accouchement organisé par le service.

**Tableau 33 : Mode d'accouchement**

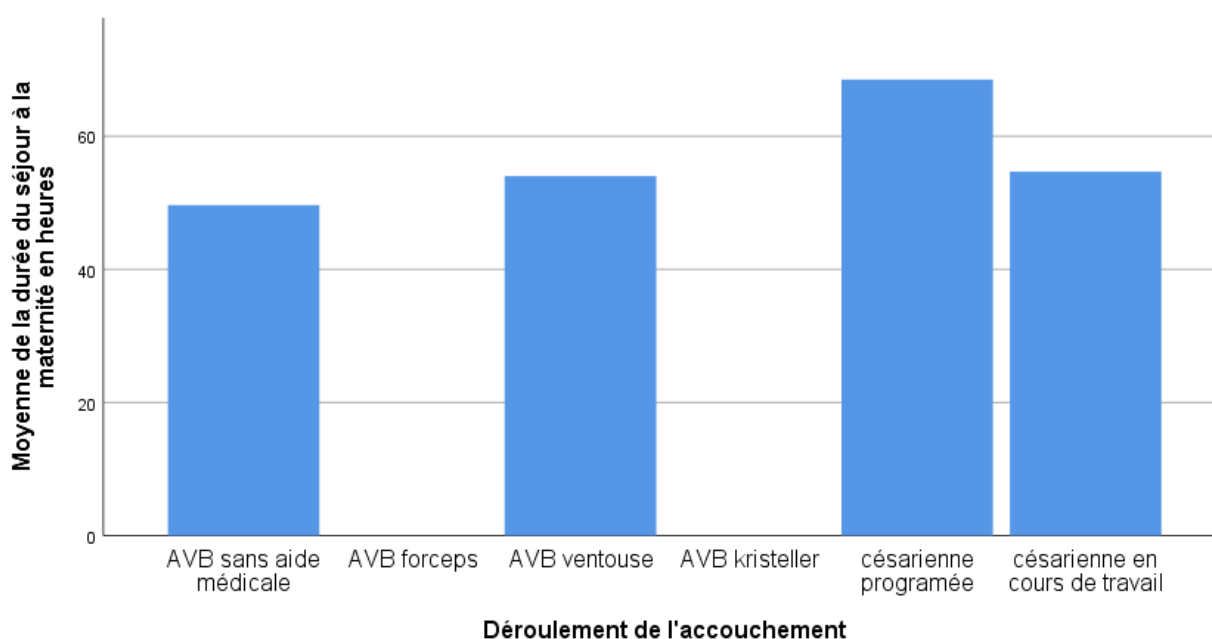
		Fréquence	Pourcentage
Valide	AVB sans aide médicale	38	79,2
	AVB ventouse	3	6,3
	Césarienne programmée	4	8,3
	Césarienne en cours de travail	3	6,3
	Total	48	100,0

85,5% des accouchements se sont déroulés par voie basse dont 79,2% sans aide médicale et 6,3% ont nécessité une instrumentation par ventouse. 14,6% étaient des césariennes dont 8,3% étaient des césariennes programmées et 6,3% se sont passées en cours de travail.

**Tableau 34 : Mode d'alimentation du nouveau-né**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	AM	40	83,3
	AA	5	10,4
	Amixte	3	6,3
	Total	48	100,0

L'allaitement maternel a été le principal choix (83,3%) des patientes comme mode d'alimentation de leurs nouveau-nés. 10,4% sont nourris avec du lait artificiel et 6,3% ont fait le choix d'alterner l'allaitement maternel avec l'allaitement artificiel.

**Tableau 35 : Durée moyenne de séjour à la maternité en fonction de l'accouchement**

Les durées moyennes de séjour diffèrent en fonction du mode d'accouchement des patientes. Pour un accouchement par voie basse sans aide médicale, la durée moyenne de séjour est de 50 heures, pour un accouchement par voie basse avec ventouse elle est de 54 heures. En ce qui concerne les césariennes les durées moyennes de séjour sont plus hautes et varient. Il s'agit de 68 heures pour les césariennes programmées et de 55 heures pour les césariennes qui ont eu lieu en cours de travail.

**Tableau 36 : Information de possibilité d'un RPAD**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Lors de CPN chez le gynécologue	7	14,6
	Lors de la visite de la mat/bloc	5	10,4
	Par les médias	7	14,6
	Par l'entourage	1	2,1
	Pas d'informations reçues	28	58,3
	Total	48	100,0

Nous pouvons constater que la majorité des patientes (58,3%) qui sont sorties précocement de la maternité n'ont jamais été informées de la possibilité de sortir précocement de la maternité pendant leurs grossesses. 14,6% des patientes ont reçues l'information par les médias, 14,6% ont été prévenues lors de leurs consultations prénatales chez leurs gynécologues et 10,4% l'ont appris pendant la visite de la maternité.

**Tableau 37 : Moment de proposition d'un RPAD**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	En salle de naissance	2	4,2
	Au début du séjour à la maternité	25	52,1
	Le jour de la sortie	21	43,8
	Total	48	100,0

Nous pouvons remarquer qu'il a été proposé aux patientes de sortir précocement de la maternité dans 52,1% des cas au début de leur séjour et dans 43,8% des cas, le jour de la sortie.

**Tableau 38 : Moment de la prise de décision d'une sortie précoce**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Au début du séjour à la maternité	12	25,0
	Le jour de la sortie de la maternité	36	75,0
	Total	48	100,0

La majorité du temps ( à 75% ), la décision de sortie précoce a été prise le jour de la sortie de la maternité et dans 25% des cas, elle a été prise au début du séjour.

**Tableau 39 : Coordonnées d'une personne joignable 24h/24**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	16	33,3
	Non	32	66,7
	Total	48	100,0

Nous pouvons relever que 66,7% des patientes n'ont pas reçu, à la maternité, les coordonnées d'une personne joignable 24h/24 en cas de problèmes.

**Tableau 40 : Durée de séjour**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Trop court	12	25,0
	Trop long	2	4,2
	Durée adéquate	34	70,8
	Total	48	100,0

70,8% des mamans ont trouvé la durée de leur séjour adéquate malgré une sortie précoce, 25% trop courte et 2% trop longue.

**Tableau 41 : Organisation en prénatal**

		Fréquence	Pourcentage
Valide	Oui	40	83,3
	Non	8	16,7
	Total	48	100,0

La grande majorité des patientes (83,3%) pensent que pour qu'une sortie précoce de la maternité se déroule dans des conditions les plus optimales possible, il faut que celle-ci s'organise en prénatal.

**Tableau 42 : Difficultés rencontrées**

	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage
Au change de votre bébé	0	0	48	100
À la surveillance de la température	1	2,1	47	97,9
Au soin du cordon ombilical	2	4,2	46	95,8
Au soin de nez	1	2,1	47	97,9
Au bain	9	18,8	39	81,3
À la surveillance du poids	1	2,1	47	97,9
Au rythme du sommeil de votre bébé	18	37,5	30	62,5
Aux pleurs de votre bébé	15	31,3	33	68,8
À l'alimentation (AM ou AA)	10	20,8	38	79,2
À la prévention de la mort subite du nourrisson	2	4,2	46	95,8
À la gestion de la douleur	3	6,3	45	93,8
À la gestion de vos saignements	3	6,3	45	93,8
À la gestion de l'AM	8	16,7	40	83,3

37,5% des patientes ont rencontré des difficultés par rapport au rythme du sommeil du bébé, 31,3% par rapport aux pleurs, 20,8% par rapport au mode d'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), 18,8% par rapport au bain à donner à leurs enfants et 16,7% par rapport à la gestion de l'allaitement maternel.

## 3.4 Satisfaction des patientes

### 3.4.1 Liées à la prise en charge à la maternité

La majorité des résultats qui sont décrits dans cette partie proviennent de l'annexe n°3. Ce tableau représente les moyennes obtenues pour chaque item de prise en charge des patientes à la maternité (24 items). La pondération de l'importance se base sur une échelle de Likert allant de 1 (=Tout à fait d'accord), 2 (=D'accord), 3 (= Pas d'accord) et 4 (=Absolument pas d'accord). Sur base de cette pondération, les moyennes de chaque item ont été calculées et cela nous a donc permis de connaître les grandes tendances liées à la prise en charge.

Parmi les 24 items analysés, deux d'entre eux ont une moyenne supérieure à 2. Leurs moyennes varient de 2,15 à 2,63. Les deux items :

- Je trouve que ma sortie de la maternité a été organisée suffisamment à l'avance
- Je trouve que ma sortie a été bien organisée

Nous voulons également mettre en évidence un item qui obtient une moyenne de 1,71 : Je me suis sentie impliquée dans les prises de décisions médicales (date de sortie)

### 3.4.2 Liées aux informations reçues

La majorité des résultats qui sont décrits dans cette partie proviennent de l'annexe n°4. Ce tableau représente les moyennes obtenues pour chaque item d'information que les patientes ont reçues durant leur séjour à la maternité (17 items). La pondération de l'importance se base sur une échelle de Likert allant de 1 (=Très satisfaite), 2 (=Satisfaite), 3 (=Peu satisfaite) et 4 (=Insatisfaite). Sur base de cette pondération, les moyennes de chaque item ont été calculées et cela nous a donc permis de connaître les grandes tendances liées aux informations reçues.

Parmi les 17 items analysés, deux d'entre eux ont une moyenne supérieur à 2, leurs moyennes varient de 2,21 à 2,73. Les deux items :

- Informations reçues sur l'organisation du jour de ma sortie de la maternité
- Informations suffisantes sur mon retour à domicile

Nous voulons également mettre en évidence un item qui obtient une moyenne de 1,94 : Clarté des informations sur mon retour à domicile.

Nous pouvons constater que les six items qui obtiennent le moins de satisfaction auprès des patientes sont directement lié à l'organisation du retour précoce à domicile.

### 3.5 Choix principaux de RPAD

Les deux tableaux ci-dessous, représentent les principaux choix du "pourquoi les patientes décident de sortir précocement". Cette question a été posée aux sages-femmes des deux institutions ainsi qu'aux patientes. Elles devaient classer les 10 propositions par des chiffres allant de 0 à 10. 10 représentant le choix principal et 0 le choix le moins important. Vous trouverez en annexe 5 un tableau reprenant les différents choix classés par ordre décroissant.

Les sages-femmes de Saint-Michel pensent que les 3 principaux choix de sorties précoces sont :

- Pour retrouver leur famille et leur cadre de vie habituel plus rapidement (moyenne : 8,83/10)
- Car une sage-femme viendra effectuer le suivi à domicile (moyenne 7,57/10)
- Car c'est le souhait de la patiente avant tout, elle se sent à l'aise de rentrer précocement (moyenne 7,17/10)

Les sages-femmes de Saint-Luc pensent que les 3 principaux choix de sorties précoces sont :

- Pour retrouver leur famille et leur cadre de vie habituel plus rapidement (moyenne : 8,71/10)
- Car une sage-femme viendra effectuer le suivi à domicile (moyenne 7,71/10)
- Pour se reposer (moyenne 7,29/10)

Les 3 principaux choix de sorties précoces des patientes accouchant à Saint-Michel sont :

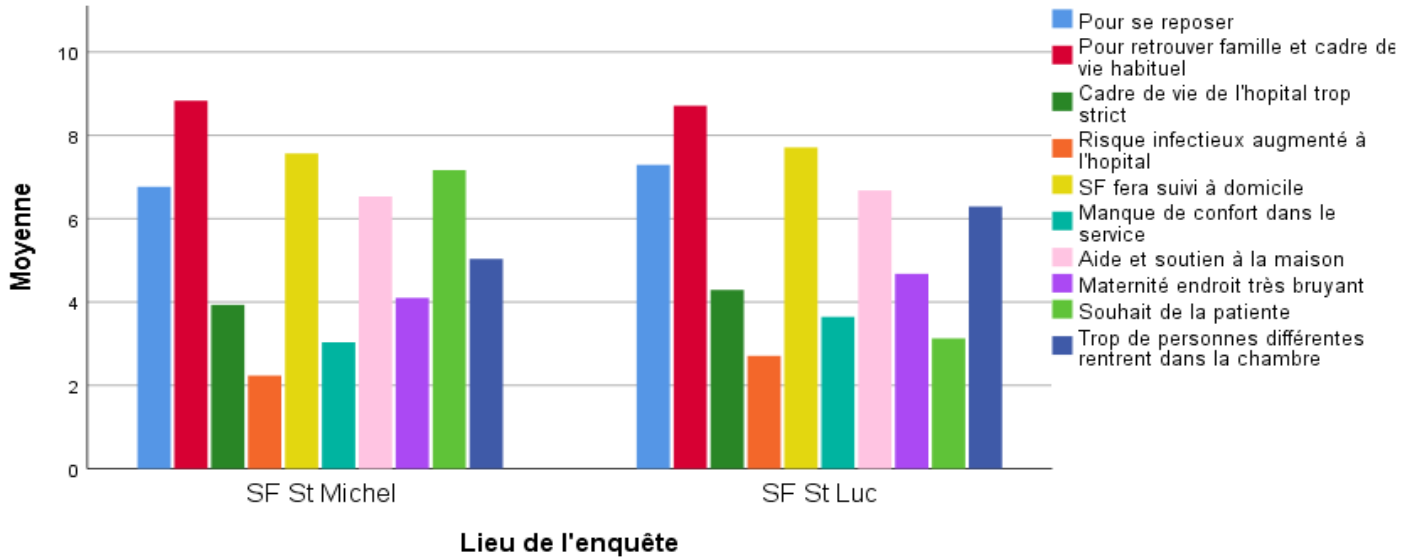
- Pour retrouver leur famille et leur cadre de vie habituel plus rapidement (moyenne : 9,25/10)
- Pour se reposer (moyenne 7,9/10)
- Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile (moyenne 7,54/10)

Nous retrouvons deux raisons communes à tous les questionnaires (n=109), il s'agit des choix suivants :

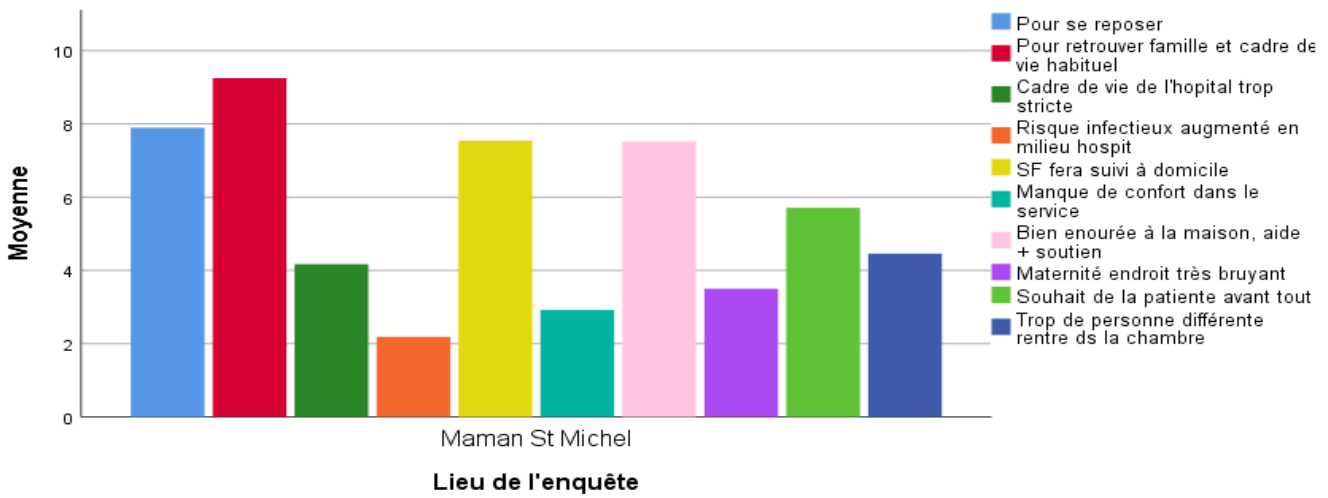
- Pour retrouver sa famille et son cadre de vie habituel plus rapidement
- Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile.

Nous voulons également mettre en évidence que la proposition "car c'est le souhait de la patiente avant tout" arrive en 3ème position chez les sages-femmes de Saint-Michel, en 5ème position chez les mamans et en 9ème position chez les sages-femmes de Saint-Luc.

Histogramme : Moyenne des différentes propositions du choix du RPAD



Histogramme : Moyenne des différentes propositions du choix du RPAD



### 3.6 Pistes d'améliorations

Le tableau ci-dessous représente les éléments les plus prioritaires à mettre en place pour améliorer le processus de prise en charge dans le cadre du RPAD sur base des questionnaires sages-femmes des deux institutions. Elles devaient classer les 10 éléments par des chiffres allant de 0 à 10. 10 représentant le l'élément le plus prioritaire à mettre en place et 0 l'élément le moins prioritaire. Vous trouverez en annexe 6 un tableau reprenant les différents choix classés par ordre décroissant.

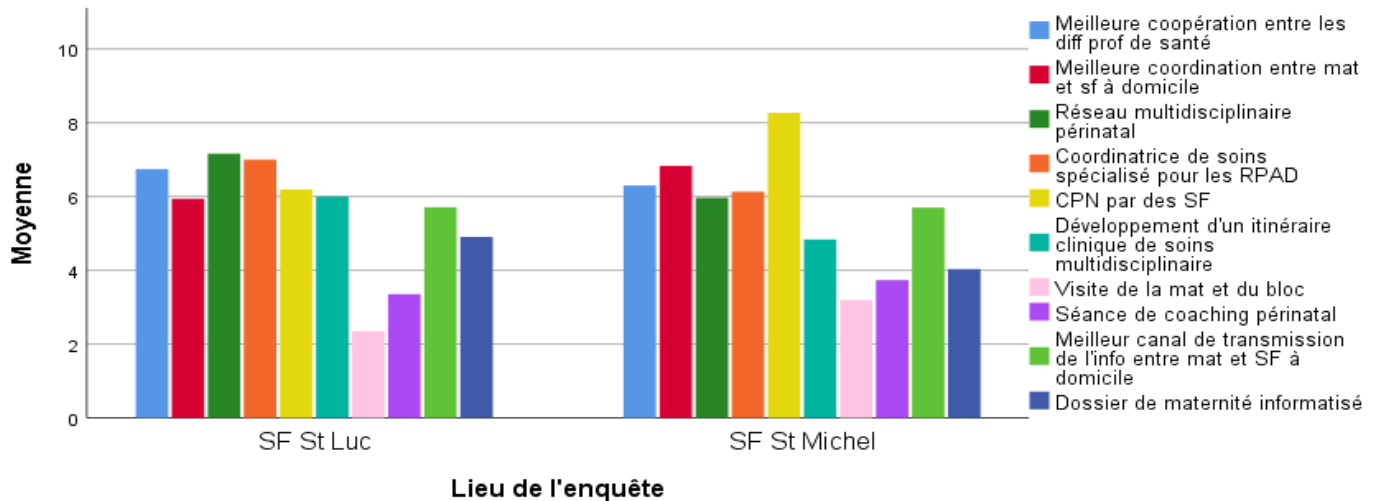
Selon les sages-femmes de Saint-Michel les 3 éléments prioritaires à mettre en place seraient :

- Mise en place de consultations prénatales données par des sages-femmes (moyenne : 8,27/10)
- Mise en place d'une meilleure coordination entre la maternité et les sages-femmes à domicile (moyenne 6,83/10)
- Mise en place d'une meilleure coopération entre les différents professionnels de la santé (sage-femme, gynécologue, pédiatre) (moyenne 6,30/10)

Selon les sages-femmes de Saint-Luc les 3 éléments prioritaires à mettre en place seraient :

- Mise en place d'un réseau multidisciplinaire périnatal autour de la mère et de son enfant (moyenne 7,16/10)
- Mise en place d'une coordinatrice de soins spécialisée dans le RPAD (moyenne 7/10)
- Mise en place d'une meilleure coopération entre les différents professionnels de la santé (sage-femme, gynécologue, pédiatre) (moyenne 6,74/10)

**Histogramme : Moyenne des différents éléments d'amélioration du processus de prise en charge dans le cadre du RPAD**



### 3.7 Durée de séjour optimale

Nous avons donc voulu déterminer et comparer quelles étaient, selon les sages-femmes des deux institutions, les durées de séjours optimales. Cette comparaison a été effectuée par le test du Chi-carré. ( $p$ -valeur  $< 0.05$ ) Pour la suite des analyses statistiques, nous avons rassemblé certaines modalités afin d'éviter au maximum d'avoir des effectifs inférieurs à 5 et par conséquent d'avoir des problèmes avec la  $p$ -valeur. Vous trouverez les tableaux explicatifs en annexe n°7.

L'hypothèse est donc la suivante : Peut-on affirmer que les sages-femmes de Saint-Michel et les sages-femmes de Saint-Luc n'ont pas d'avis différents/ n'ont pas de vision différente quant à la durée de séjour optimal en fonction de la parité et du mode d'accouchement ?

#### 3.7.1 Durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente primipare

L'analyse des données indique que sur l'échantillon des sages-femmes de Saint-Michel ( $n=30$ ), 73,3% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 48h et 72h. En ce qui concerne l'échantillon des sages-femmes de Saint-Luc ( $n=31$ ), 67,7% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 72h et 96h.

La différence entre ces deux groupes est donc significative (khi-deux = 10,314 , ddl = 1, p-valeur = 0,001). Nous pouvons donc conclure que **le lieu de travail influence les réponses à la question**. Il y a une différence significative de réponses entre les deux groupes de sages-femmes.

### 3.7.2 Durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente multipare

L'analyse des données indique que sur l'échantillon des sages-femmes de Saint-Michel (n=30), 100% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 48 et 72h. Nous pouvons constater que 97% de l'échantillon des sages-femmes de Saint-Luc (n=31), 97% pensent la même chose.

La différence entre ces deux groupes n'est donc pas significative (khi-deux = 0,984, ddl = 1, p-valeur = 0,321). Nous pouvons donc conclure que **le lieu de travail n'influence pas les réponses** à cette question. Il n'y a pas de différence significative de réponses entre les deux groupes de sages-femmes.

### 3.7.3 Durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente primipare

L'analyse des données indique que sur l'échantillon des sages-femmes de Saint-Michel (n=30), 66,7% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 72 et 96h. 100% de l'échantillon des sages-femmes de Saint-Luc (n=31), pensent que cette durée est la plus optimale.

La différence entre ces deux groupes est donc significative (khi-deux = 12,359, ddl = 1, p-valeur = 0,000). Nous pouvons donc conclure que **le lieu de travail influence les réponses à la question**. Il y a une différence significative de réponses entre les deux groupes de sages-femmes.

### 3.7.4 Durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente multipare

L'analyse des données indique que sur l'échantillon des sages-femmes de Saint-Michel (n=30), 70% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 48 et 72h tandis que sur l'échantillon des sages-femmes de Saint-Luc (n=31), 61,3% pensent que la durée de séjour optimale se situe entre 72 et 96h.

La différence entre ces deux groupes est donc significative ( $\chi^2 = 6,011$ , ddl = 1, p-valeur = 0,014). Nous pouvons donc conclure que **le lieu de travail influence les réponses** à la question. Il y a une différence significative de réponses entre les deux groupes de sages-femmes.

## 4 DISCUSSION

Si nous reprenons notre question de recherche, à savoir : "L'organisation actuelle du RPAD à la maternité de Saint-Michel est-elle un frein à une prise en charge de qualité des mamans ?", l'analyse primaire des questionnaires a pu mettre en évidence que les patientes sont très satisfaites de leur prise en charge à la maternité. Cependant, celle-ci a pu mettre en évidence quatre items d'insatisfaction pour les patientes, ces éléments sont directement liés à l'organisation du retour précoce à domicile :

- Je trouve que la sortie de la maternité a été organisée suffisamment à l'avance

- Je trouve que ma sortie a bien été organisée

- Informations reçues sur l'organisation du jour de ma sortie

- Informations suffisantes sur mon retour à domicile

L'analyse des résultats a également permis de faire ressortir d'autres points, qui ont suscité notre étonnement. Nous allons en discuter dans cette partie.

Nous avons été interpellés par le fait que malgré qu'elles soient sorties précocement, 58,3% des patientes n'ont jamais été informées de la possibilité de sortir précocement de la maternité pendant leurs grossesses.

Seulement 14,6% ont reçu l'information lors de leurs consultations prénatales chez leurs gynécologues et 10,4% pendant la visite de la maternité qu'elles ont effectuée.

Ces résultats sont soutenus par ce qui ressort des questionnaires remplis par les sages-femmes. 70% des sages-femmes de Saint-Michel et 64,% des sages-femmes de Saint-Luc pensent que les patientes ne sont pas bien informées de la possibilité de sortir précocement de la maternité avec un suivi par une sage-femme à domicile.

La majorité des patientes (83,3%) pensent que pour qu'une sortie précoce de la maternité se passe dans les conditions les plus optimales possible, il faut que celle-ci s'organise en prénatal. Cette information correspond avec ce qui apparait dans les questionnaires des sages-femmes. 96,7% des sages-femmes de Saint-Michel et 100% des sages-femmes de Saint-Luc s'accordent à dire que pour qu'une sortie précoce de la maternité se passe dans des conditions optimales, celle-ci doit s'organiser durant la période prénatale.

Nous avons également constaté qu'à la maternité de Saint-Michel, il a seulement été proposé aux patientes de sortir précocement au début de leur séjour à la maternité ou le jour de la sortie. Et dans la majorité des cas, la décision de sortie précoce a été prise soit au début du séjour (25%) soit le jour de la sortie de la maternité (75%). Ceci correspond actuellement à l'organisation du service, en effet les résultats démontrent que la décision de principe pour une sortie précoce est majoritairement prise le jour de la sortie de la maternité ou au début du séjour des patientes à la maternité. Contrairement à la maternité de Saint-Luc, où la décision de principe pour une sortie précoce est principalement prise pendant la grossesse.

C'est trois derniers points ainsi que les quatre items d'insatisfaction pour les patientes vont à l'encontre de ce qui est expliqué dans la littérature. En effet, dans la littérature (16), il est précisé que pour que la décision d'un retour précoce soit prise en toute sécurité, certaines conditions doivent être réunies. L'une d'entre elles stipulent que la mère doit avoir reçu toutes les informations sur le déroulement de son séjour à la maternité, sur la période post-partum ainsi que sur les modalités de prise en charge à sa sortie.

Nous avons pu constater que sur les 48 patientes qui ont répondu à ce questionnaire, seulement 12,5% ont assisté à des consultations prénatales données par des sages-femmes durant leur grossesse. Ce chiffre révèle le fait que le rôle de la sage-femme est encore trop peu connu de la sphère médicale et du grand public. La sage-femme est souvent perçue comme une personne qui intervient à la fin de la grossesse, pendant le travail et pendant l'accouchement. Pourtant, le rôle d'une sage-femme peut commencer bien avant la conception et s'étendre jusqu'à la première année de l'enfant. Elles travaillent dans la prévention, rassurent les futurs parents et répondent à leurs questions en les accompagnant tout au long du suivi de manière plus proche. Il est essentiel que les différents professionnels de la santé renforcent l'image et le rôle des sages-femmes vis à vis des patientes tout en pouvant travailler de manière complémentaire. Assurer l'information en prénatal par des sages-femmes permettrait de préparer les futures parents sur le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement, de la période post-partum et permettrait de faciliter le retour à la maison.

Nous avons pu observer que seulement 56,7% des sages-femmes de Saint-Michel informent systématiquement les patientes sur la manière dont les sorties de la maternité sont organisées tandis que qu'une part plus importante des sages-femmes (87,1%) de Saint-Luc le font.

Les sages-femmes des deux institutions s'accordent à dire que le moment idéal pour informer les futures parents par rapport au retour précoce à domicile serait lors du deuxième ou du troisième trimestre de grossesse ou lors de l'entretien individuel prénatal précoce (vers le 4ème mois de grossesse).

Notre étude met en évidence des motivations qui reviennent de manière récurrente chez les trois populations interrogées. Principalement trois raisons ressortent, à savoir ;

- Pour retrouver leur famille et leur cadre de vie habituel plus rapidement
- Car une sage-femme viendra effectuer le suivi à domicile
- Pour se reposer

Il est important d'évoquer que la proposition "car c'est le souhait de la patiente avant tout" arrive en 3ème position chez les sages-femmes de Saint-Michel, en 5ème position chez les mamans et en 9ème position chez les sages-femmes de Saint-Luc.

Dans la littérature scientifique (16), nous avons pu lire que pour qu'un retour précoce se passe de manière optimale, l'intérêt de la mère et de l'enfant doit être mis en avant. Ce retour doit impérativement être un souhait de la mère ou du couple. Ce souhait doit idéalement émerger des échanges entre les professionnels de la santé et la patiente et/ou les futurs parents durant la grossesse. Ce choix sera à confirmer durant le début du séjour en post-partum.

Selon les recommandations de l'HAS (11), le retour précoce à domicile doit impérativement être voulu par les patientes et/ou les parents car s'ils n'y sont pas bien préparés, ils peuvent mal le vivre ou ressentir un sentiment d'insécurité. Ce qui peut éventuellement avoir un effet délétère pour le nouveau-né. En effet, les premiers jours de vie vont avoir une influence directe sur l'établissement du lien mère-enfant. En cas de sortie précoce souhaitée, ce lien d'attachement en sera simplifié car le retour s'effectuera dans un environnement connu et familial. Cela permettra également une récupération plus rapide de la mère et l'arrivée de l'enfant dans son environnement familial se fera de manière plus sereine.

Nous avons demandé aux sages-femmes des deux institutions qu'elles étaient, selon elles, les durées de séjour optimales en fonction de certains critères. Celles-ci s'accordent sur la durée de séjour pour les accouchements de multipares par voie basse (séjour entre 48 à 72h) et pour les césariennes de primipares (séjour entre 72 à 96h).

Les sages-femmes n'ont par contre pas le même avis en ce qui concerne la durée de séjour pour les accouchements de primipares par voie basse (SF Saint-Michel : 48 à 72h ; SF Saint-Luc : 72 à 96h) et pour les césariennes de multipares (SF Saint-Michel : 48 à 72h ; SF Saint-Luc : 72 à 96h).

Leurs opinions rejoignent la littérature en ce qui concerne les césariennes. En effet, L'AAP et l'ACOG (19) ont défini un séjour postnatal réduit comme étant un séjour avec une durée inférieure à 96h pour les césariennes. Pour l'HAS (20), un retour précoce représente une sortie qui s'effectue entre le J0 et le J4 pour une naissance par césarienne. Pour ce qui est des accouchements par voie basse, les sages-femmes des deux institutions ont plutôt tendance à percevoir ce séjour idéal comme étant un peu plus long. Effectivement, l'AAP et l'ACOG (19) s'accordent sur un séjour inférieur à 48h et l'HAS (20) recommande une sortie entre le J0 et le J2.

Quelque soit le mode de sortie des patientes (sorties précoces ou non, accompagnement par une sage-femme ou non), la fiche de liaison doit leur être remise de manière systématique. Nous avons pu constater que seulement 23,3% des sages-femmes remettent ce document aux mamans en cas de refus de suivi à domicile par des sages-femmes. Rappelons que ce document reprend toutes les informations médicales concernant l'état de santé de la mère et de son enfant. Celui-ci est essentiel car il permet d'assurer la continuité des soins. En cas de nécessité, les patientes ayant refusé un suivi par une sage-femme auront quand même ce document en leur possession. Ce qui permettra aux professionnels de la santé qu'elles auront contactés d'assurer le suivi en post-partum.

Une prise en charge de qualité et la satisfaction des patientes passent par la qualité de l'organisation de la sortie précoce. Celle-ci devrait idéalement se planifier bien avant le séjour à la maternité. Actuellement, à l'hôpital Saint-Michel, nous avons pu constater que celle-ci s'organisait principalement en suites de couches. La coopération entre les différents professionnels de la santé mais également la coordination entre la première et la seconde ligne de soins nous apparaît comme des éléments essentiels d'une prise en charge de qualité. La coopération entre les différents professionnels de la santé est une condition obligatoire pour que la sécurité de la mère et de son nouveau-né soit assurée. L'anticipation est l'assurance d'une sortie précoce bien vécue par la patiente et le couple. Il est donc indispensable de sensibiliser tous les professionnels de la santé qui interviennent au cours de la grossesse à cette problématique du retour précoce à domicile.

La mise en place de consultations prénatales données par des sages-femmes permettrait dans un premier temps, d'entrer en relation avec la future mère et dans un second temps, de discuter de l'organisation de sa sortie précoce, en expliquant les critères d'inclusion et d'exclusion, les différentes modalités organisationnelles et le fonctionnement des différents relais à domicile. Il s'agira plutôt de séances informatives que de consultations médicales. Désigner une sage-femme comme "coordinatrice de soins spécialisée dans le retour à domicile" permettrait de garantir la continuité des soins entre le séjour et la sortie de la maternité. Cette coordinatrice pourrait coordonner l'organisation des sorties des patientes. Cela favoriserait le développement d'une relation de confiance avec les différents professionnels de la santé en tenant compte des besoins spécifiques de chaque patiente, tant sur le plan physique, émotionnel, qu'administratif et organisationnel.

La création d'un document écrit, spécifique au retour précoce, disponible lors des consultations prénatales et distribué durant la grossesse permettrait de sensibiliser une plus grande majorité des futures mères. Ce document expliquerait l'organisation du séjour à la maternité, la sortie et le retour à domicile. Il reprendrait également les coordonnées des différents professionnels de la santé. Ceci laisserait le temps aux patientes de prendre connaissance de ces différentes informations et aux sages-femmes de pouvoir, lors d'une prochaine consultation, avoir le temps de répondre à leurs éventuelles questions. Cette démarche serait de nature à favoriser l'autonomie des patientes.

Il serait également intéressant de créer une "check-list" qui reprendraient les différents critères de sorties précoces en y intégrant le volet pédiatrique, gynécologique et psycho-social afin d'éviter certaines ré-hospitalisations induites par à un risque médical que l'on aurait pas pris en compte.

Les sages-femmes sont les principales vectrices de l'information tout au long du parcours de la patiente. L'information est également diffusée par les médecins mais de manière moins régulière. Nous constatons par ailleurs que l'entourage personnel et familial des patientes permet aussi d'obtenir des informations sur les nouvelles alternatives mais souvent, cela aboutit à des informations erronées.

Nous pouvons aussi relever que les patientes ne sont, en général, pas informées de la manière dont s'organise une sortie précoce et qu'elles ne connaissent pas les différents professionnels de la santé qui décident de la possibilité d'un retour à la maison.

À notre sens, le retour précoce à domicile doit pouvoir rester une possibilité et ne doit pas être imposé de manière systématique à toutes les patientes. Aborder ce sujet au cours de la grossesse pourrait avoir une influence sur la durée de séjour. Les patientes se sentiraient plus que probablement plus rassurées pour rentrer à la maison car elles seront entourées et connaîtront les différentes personnes qui interviendront en période post-natal.

La mère est tout au long de son parcours en contact avec une multitude de professionnels de la santé (gynécologue, sage-femme, pédiatre, kinésithérapeute, travailleuse médico-sociale,...). Si nous voulons que la transmission de l'information se fasse de manière optimale autour de la mère, il est important de pouvoir inculquer à tous la culture du travail en réseau multidisciplinaire. Cette transmission ne peut se faire que grâce à une communication interprofessionnelle bien organisée. Le RPAD questionne sur la répartition des rôles et des compétences de chacun mais aussi sur le "travailler ensemble" dans un domaine encore très clivé.

Selon nous, un retour précoce doit se préparer dès le début de la grossesse afin qu'il se déroule dans des conditions optimales. Une consultation entière doit être dédiée à de l'information en rapport avec le RPAD. Les parents doivent avoir reçu une information claire et précise sur les conditions à remplir pour pouvoir sortir précocement ainsi que sur la manière dont leur séjour va se dérouler. Un suivi post-natal de qualité doit impérativement se planifier avant la sortie de la maternité. Les différents prestataires de soins doivent pouvoir rester accessibles en cas de problème.

Il nous apparaît important d'envisager une uniformisation des procédures à la maternité des Cliniques Saint-Michel pour le retour précoce à domicile avec le cas échéant, la création d'un "protocole RPAD" afin de se conformer aux recommandations actuelles. Cette standardisation permettra aux mamans d'avoir un encadrement complet et de qualité, de diminuer leurs angoisses ou leurs stress et d'apporter un soutien à la parentalité. Elle permettra également d'avoir une certaine diversification de l'activité des sages-femmes des Cliniques Saint-Michel et de favoriser la reconnaissance de la profession de sage-femme dans son autonomie et ses responsabilités professionnelles.

## 5 LIMITES DE L'ÉTUDE

En faisant un état des lieux sur la prise en charge des patientes durant leur séjour à la maternité et en le comparant avec le regard de sages-femmes de deux institutions différentes, cela a entraîné une méthodologie assez lourde pour ce mémoire.

Les résultats et l'analyse des différents résultats ont permis de récolter beaucoup d'informations mais seules celles relatives à la problématique et à la question de recherche ont été traitées.

Il avait été initialement prévu de distribuer le questionnaire destiné aux mamans aux patientes ayant accouché à la maternité des Cliniques Universitaires Saint-Luc mais cela n'a pas pu se faire dû à accord du comité d'éthique trop tardif. Nous avons donc été dans l'impossibilité de comparer le niveau de satisfaction des patientes d'une autre institution, à savoir les CUSL, où toute une organisation et un protocole est mis en place pour le retour précoce à domicile. Si nous avions pu avoir les résultats de l'autre questionnaire patiente, cela aurait permis de renforcer les résultats obtenus. L'absence d'un groupe de comparaison engendre des problèmes de validité interne tels que des relations causales limitées.

Une autre limite dans cette étude concerne la population. En effet, les Cliniques Saint-Michel possèdent une patientèle d'origines très variées. Pour un certain nombre de patientes sortant précocement de la maternité, la langue française n'était que très peu parlée ou comprise. De ce fait, les questionnaires n'ont pas pu être distribués, ce qui constitue un biais de sélection. Nous pouvons également dire que l'échantillon est non probabiliste car il a été établi sur bases de critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous ne pouvons pas non plus généraliser certains résultats issus des questionnaires sages-femmes étant donné qu'actuellement, les manières de travailler et les protocoles de soins sont très différents dans les deux institutions. Par ailleurs, il est probable que les sages-femmes de la maternité Saint-Michel aient modifié certains de leurs comportements dans leur prise en charge de par la mise en place du questionnaire maman pendant deux mois. Il existe donc un biais lié à l'observation.

Rappelons également que la naissance d'un enfant provoque une succession d'émotions chez la mère et le couple. La façon dont la grossesse et l'accouchement se sont déroulés peut également avoir un impact sur le recueil d'information. Les états affectifs durant le séjour à la maternité peut entraîner une déformation du jugement sur les processus d'évaluation ou de raisonnement.

## 6 CONCLUSION

La problématique du retour précoce de la maternité après un accouchement est un sujet d'actualité depuis quelques années. Nous avons effectivement pu constater qu'il demeure un certain décalage entre les recommandations des autorités de santé, la littérature et le travail sur le terrain. En effet, il existe certainement matière à amélioration dans les processus de gestion et de management du retour précoce à domicile au sein des Cliniques Saint-Michel.

L'étude réalisée montre que les patientes sont globalement satisfaites de leur prise en charge à la maternité des Cliniques Saint-Michel. Cependant, elle a également pu mettre en évidence certains éléments qui ont obtenu une moins bonne satisfaction chez les patientes. Ceux-ci sont directement liés à un problème d'organisation et à un problème d'absence de procédure concernant le retour précoce à domicile permettant une information de qualité. Ce constat a permis de faire émerger certaines pistes de réflexion quant à l'amélioration du processus de prise en charge des patientes.

Deux axes prioritaires sont à améliorer. Le premier est que l'information sur une sortie précoce après un accouchement doit être communiquée anticipativement en prénatal. Le second est que l'organisation de cette sortie doit également se préparer en prénatal.

Au vu des résultats obtenus et de la littérature, nous pouvons ajouter que nous sommes d'accord avec le principe d'offrir la possibilité d'un retour précoce à domicile à toutes les patientes mais nous sommes opposés au fait de l'imposer si cela ne provient pas d'une démarche personnelle et construite. Selon nous, une prise en charge de qualité dans le cadre du RPAD doit impérativement répondre aux conditions suivantes :

- une information claire et précise, écrite ou orale, dispensée pendant le parcours de grossesse, soit lors de consultations sages-femmes classiques soit lors de l'entretien individuel prénatal précoce.
- une obligation de remettre la fiche de liaison à toutes les patientes afin de favoriser une bonne coordination et une bonne continuité des soins entre la première ligne et la seconde ligne de soins.
- une cohérence du discours entre les différents professionnels de la santé au sein de l'institution.

- un travail en réseau multidisciplinaire

- une mise en place systématique de rencontres en période post-natale pour toutes les patientes permettra de faire le point sur les informations qui ont été dispensées durant la période prénatale.

Cette étude constitue une première étape réflexive pour la réalisation d'un itinéraire clinique dédié au retour précoce à domicile. Il serait intéressant dans le futur de réaliser une étude multicentrique sur ce thème afin de gagner en puissance et en précision.

Nous pouvons donc conclure en 4 mots que pour avoir une prise en charge de qualité des patientes dans le cadre du retour précoce à domicile il nous faut organiser, anticiper, s'adapter et accompagner.

## 7 BIBLIOGRAPHIE

(1) MOREL M. F., *Histoire de la naissance en France (XVIIIème- XXème siècle) Actualité et dossier en santé publique*. Décembre 2007- Mars 2008 n° 61/62 p22-28.

(2) BELFIUS. *Communiqué de presse : Analyse sectorielle des hôpitaux généraux, étude Maha 2015*. 2015 [consulté le 08 mai 2017]. Disponible à l'adresse : [https://www.belfius.com/FR/Media/Communique\\_presse\\_Etude%20MAHA%202015\\_tcm\\_78-108293.pdf](https://www.belfius.com/FR/Media/Communique_presse_Etude%20MAHA%202015_tcm_78-108293.pdf)

(3) DE BLOCK M., *Communiqué de presse : Maggie De Block recherche des projets pilotes "accouchement avec séjour hospitalier écourté"*. 2015 [consulté le 08 mai 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx#.WRBeBWekLIV>

(4) GOUVERNEMENT FEDERAL BELGE, *Population - Naissances et fécondité 2015 (chiffres provisoires)*. 2015. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible à l'adresse : [http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population\\_-\\_naissances\\_et\\_fecondite\\_2015.jsp](http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_naissances_et_fecondite_2015.jsp)

(5) DE BLOCK M., *Communiqué de presse : les projets "accouchement avec séjour hospitalier écourté" débutent*. 2016. [consulté le 08 mai 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/financement/Pages/default.aspx#.WRBeBWekLIV>.

(6) BENAHMED N., DEVOS C., SAN MIGUEL L., VINCK I., VANKELST L., VERSCHUEREN M., *ET AL. L'organisation des soins après l'accouchement- Synthèse*. Health Services Research (HSR) Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Report 232Bs.

(7) DE WEIRDT K., DEMYTTENAERE B., *Communiqué de presse : le nombre de césariennes varie fortement d'un hôpital à l'autre*. 08/11/2016. [consulté le 23 août 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.aim-ima.be/Communique-de-presse-Le-nombre-de>

(8) ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), *Données : durée de séjour à l'hôpital, accouchements*. [consulté le 15 juillet 2017].

Disponible à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/healthcare/duree-de-sejour-a-l-hopital.htm#indicator-chart>

(9) BLONDEL B., LELONG N., KERMARREC M., GOFFINET F., *La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010*. 2012. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J GynecolObstetBiolReprod* ; 41 (2) : 151-66

(10) ASSURANCE MALADIE, *Prado maternité, situation en ile de france*. 2015.

(11) HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. 2014. Argumentation scientifique. [consulté le 30 août 2017]. Disponible à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire\\_scientifique\\_-\\_sortie\\_de\\_maternite\\_apres\\_accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf)

(12) AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA, *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. 2008. Ottawa, ASPC. [consulté le 24 août 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf>

(13) SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE, SOCIETE DES OBSTETRICIENS ET GYNECOLOGUES DU CANADA, *La facilitation du congé à domicile et durée de séjour après une naissance normale à terme*. 1996. *J SocObstetGynaecol Can* ; 18 : 1281-5.

(14) SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA, *Postpartum maternal and new born discharge*. 2007. *J ObstetGynaecol Can* ; 29 (4) : 357-63.

(15) EATON A. P., *Early postpartum discharge : Recommendations from a preliminary report to congress*. 2001. *Pédiatries*, volume 107/ Issue 2. [consulté le 24 août 2017]. Disponible à l'adresse : <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/2/400>

(16) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) ET AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), *Guidelines for perinatal Care*, 2010. 7ème édition. Pp. 16.[consulté le 24 août 2017]. Disponible à l'adresse : <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>

(17) DICTIONNAIRE DE FRANCAIS LAROUSSE. [consulté le 30 août 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-partum/62940>

- (18) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum. Guide pratique*. 1996. [consulté le 30 août 2017]. Disponible à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66396/1/WHO\\_RHT\\_MSM\\_98.3\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66396/1/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf)
- (19) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) ET AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), *Guidelines for perinatal Care*, 1992. 3ème édition. Pp. 105-111.
- (20) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile - recommandations pour la pratique clinique*. 2004. Services des recommandations professionnelles. Service d'évaluation économique. 145pp
- (21) BROWN S., SMALL R., ARGUS B., DAVIS P. G., KRASSTEV A., *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. 2009. Cochrane Database Syst Rev. ; 3. [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.cochrane.org/fr/CD002958/sortie-postnatale-precoce-de-lhopital-des-meres-en-bonne-sante-et-de-leurs-nourrissons-nes-a-terme>
- (22) VAN TIELEN R., *Économie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité*. 2016. Mutualités libres. [consulté le 3 septembre 2017]. Disponible à l'adresse : [http://www.mloz.be/files/Accouchements\\_FR\\_25022016.pdf](http://www.mloz.be/files/Accouchements_FR_25022016.pdf)
- (23) PETROU S., BOULVAIN M., SIMON J., MARICOT P., BORST F., PERNEGER T., IRION O., *Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital based care postpartum an economic evaluation*. 2004. Br J Obstet Gynaecol ; 111 : 800-806. [consulté le 5 septembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x/full>
- (24) THEOBALD G. W., *Home on the second day : the Bradford experiment. The combined maternity scheme*. 1959. British Medical Journal 2(5163): 1364–1367. Version électronique [consulté le 23 août 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1990899/pdf/brmedj02950-0030.pdf>
- (25) CRAIG G. A., MUIRHEAD J.M., *Obstetric aspects of the early discharge of maternity patients*. 1967. British Medical Journal. Version électronique. [consulté le 23 août 2017].

Disponible à l'adresse :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1842904/pdf/brmedj02150-0026.pdf>

(26) LIEU T. A., BRAVEMAN P. A., ESCOBAR G. J., FISCHER A. F., JENSVOLD N. G., CAPRA A. M., *A randomized comparison of home and clinic follow up visits after early postpartum hospital discharge*. 2000. *Pediatrics* ; 105 (5) : 1058-65. [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10790463>

(27) RADMACHER P. G., MASSEY C. M., ADAMKIN D. H., *Five-year experience with an early discharge program in well newborns*. 2001. *J Ky Med Assoc* ; 99 (4) : 147-53. [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11324190>

(28) BROWN S., SMALL R., FABER B., KRASSTEV A., DAVIS P., *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. 2002. *Cochrane Database Syst Rev.* ; (3) : CD002958. [consulté le 6 octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137666>

(29) MC KEEVER P., STEVENS B., MILLER K., MACDONELL J., GIBBINS S., GUERRIERE D., *ET AL. Home versus hospital breastfeeding support for newborns : a randomized controlled trial*. 2002. *Birth* ; 29 (4) : 258-65. [consulté le 20 octobre 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12431265>

(30) WIEGERS T., JANSSEN B., *Verloskundige zorverlenin. Rapportage vierde meting*. 2004. *Monitoring Maternity Care, Fourth Report*. Utrecht : Nivel. Pp 43-55

(31) SAINZ BUENO J. A., ROMANO M. R., GARRIDO TERUEL R., BENJUMEA A., PALACIN A. F., *ET AL, Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow up*. 2005. *Am J Obstet Gynecol* ; 193 : 714-26. [consulté le 6 septembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937805000761>

(32) COLLET M., *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. 2008. *Études et résultats de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES* ; 660 : 1-6. [consulté le 18 novembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

(33) COLLECTIF ITERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE, *Sortie de maternité et bien-être des femmes*. 2012. *Enquête sur les accouchements*. CIANE. [consulté le 08

novembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

(34) BASSLEER B., TARANJOEK M., GILAIN D., *Le retour précoce à domicile après l'accouchement : enquête de satisfaction sur un itinéraire clinique de soins*. 2014. Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Pp9.

(35) BERKANE N., *Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place*. 2014. JGOBR 44, 119-125.

(36) STAINES A., *Panorama de la qualité des soins de santé. Mise en œuvre, évaluation et pilotage*. 2014. HUG. [consulté le 15 décembre 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.hug-ge.ch/qualite>

(37) *Qualité des soins : définition*, [consulté le 15 décembre 2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

(38) STATBEL, *Enquête de santé, Belgique*. 2018. Institut scientifique de santé publique.

(39) SILNER, *Enquête ; toi, ton école, ta santé*. Institut de recherche santé et société (IRSS), UCL.

## 8 ANNEXE

### Annexe n°1

# QUESTIONNAIRE MAMAN

Bonjour, je suis Maureen Laurent, étudiante en fin de Master en Sciences de la Santé Publique. Vous avez accouché il y a quelques jours et vous vous apprêtez à rentrer à la maison dans le cadre d'un retour précoce à domicile. Il est essentiel pour nous, professionnel de la santé, de pouvoir connaître votre appréciation dans le but d'améliorer votre prise en charge. Je sollicite donc votre participation pour répondre à ce questionnaire, il restera anonyme. Les données resteront confidentielles et seront traitées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Il n'est donc pas nécessaire d'indiquer votre nom. Je vous suis d'avance très reconnaissante pour votre contribution.

Pour remplir ce questionnaire, veuillez cocher la case devant la ou les réponses correspondantes.

### A) Renseignements généraux

1) Âge :

- < 20 ans       Entre 21 et 25 ans       Entre 26 et 30 ans       Entre 31 et 35 ans  
 Entre 36 et 40 ans       > 40ans

2) -Situation professionnelle :

- Employée     Indépendante     Fonctionnaire     Sans emploi     Étudiante  
 Autre : .....

- Situation professionnelle du conjoint :

- Employé     Indépendant     Fonctionnaire     Sans emploi     Étudiant  
 Autre : .....

3) Situation familiale :

- Mariée     En couple     Célibataire     Divorcée     Autre : .....

4) Origine des parents :

- mère :  Amérique du Nord     Amérique du Sud     Europe     Afrique du Nord  
 Afrique du Sud     Asie

- père :  Amérique du Nord     Amérique du Sud     Europe     Afrique du Nord  
 Afrique du Sud     Asie

5) Nombre de grossesses :  1     2     3     4     >5

6) Nombre d'enfants :  1     2     3     4     >5

7) Lors de la naissance de vos enfants précédents, étiez-vous sortie précocement de la maternité ? ( le 2ème jour pour un accouchement par voie basse et le 3ème jour pour une césarienne, le jour 0 étant le jour de votre accouchement )     Oui     Non     Non concernée car première grossesse

8) Etiez-vous satisfaite de la prise en charge de vos autres grossesses lors de votre retour précoce ?  
 Oui     Non     Non concernée car première grossesse

### **B) Votre grossesse actuelle et votre accouchement**

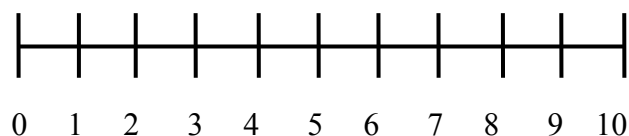
9) Qui a principalement suivi votre grossesse ? *Cochez **une** des réponses suivantes*

Gynécologue     Sage-femme     Médecin traitant     Autre : .....

10) Quel autre professionnel est intervenu régulièrement au cours de votre grossesse ? *Cochez **une** des réponses suivantes*

Psychologue     Diététicienne     Kinésithérapeute     Autre gynécologue  
 Sage-femme en parallèle avec votre gynécologue     Autres : .....

11) Comment estimez-vous que votre grossesse s'est déroulée ? ( 0= Très mauvaise, 10= Excellente )



12) Avez- vous souffert d'une des pathologies suivantes pendant votre grossesse ?

- Hypertension ou pré-éclampsie
- Diabète gestationnel
- Menace d'accouchement prématurée
- Retard de Croissance Utérin
- Placenta Prævia
- Infection                             Non concernée par cette question

13) Avez-vous assisté à des consultations données par des sages-femmes ?

Oui  Non ( *passez directement à la question 16 )*

14) Si oui, quel était le nombre de séances ? .....

15) De quelles types étaient ces consultations ?  *Veuillez cocher **une réponse par ligne***

	<b>Individuelle</b>	<b>En groupe</b>	<b>Non concernée</b>
Consultation prénatale de suivi de grossesse			
Consultation de surveillance : monitoring			
Préparation à l'accouchement			
Consultation en lactation			
Haptonomie			
Autres (spécifiez) : .....			

16) Avez-vous assisté à l'entretien individuel prénatal précoce (dit du 4ème mois) ?

Oui  Non ( *passez à la question 18 )*

17) Si oui, par qui cet entretien a-t-il été réalisé ?

La coordinatrice de soins

Une sage-femme de la maternité

Un gynécologue

Autre : .....

18) Avez-vous assisté à une visite de la maternité et du bloc d'accouchement pendant votre grossesse ?

Oui  Non

19) Comment avez-vous accouché ?

Accouchement par voie basse sans aide médicale

Accouchement par voie basse avec l'aide d'un forceps

Accouchement par voie basse avec l'aide d'une ventouse

Accouchement par voie basse avec l'aide d'un kristeller ( pression sur le ventre )

Césarienne programmée (  *passez à la question 21*  )

Césarienne en cours de travail (  *passez à la question 21*  )

20) Si vous avez eu accouchement par voie basse, avez-vous eu :

Un périnée intact

Une épisiotomie

Une déchirure

21) Si vous avez eu une césarienne, quelle était le motif ?  *Écrivez en Majuscule*

22) Votre enfant a-t-il eu besoin d'une réanimation lors de sa naissance ?

Oui

Non

23) De quel sexe est votre enfant ?

Masculin

Féminin

24) Quel est son poids ?

< 2500g

Entre 2500g et 2999g

Entre 3000g et

3499g

Entre 3500g et 4000g

> 4000g

25) Comment votre bébé est-il nourri ?

Allaitement maternel

Allaitement artificiel

Allaitement mixte

### **C) Appréciation globale de votre séjour à la maternité**

26) Dans le cadre de votre prise en charge à la maternité, dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec chacune des propositions suivantes ?

*Veuillez cocher **une réponse par ligne***

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Absolument pas d'accord</b>
a. Je suis satisfaite des soins qui m'ont été donnés				
b. Je suis satisfaite des soins qui ont été donnés à mon bébé				
c. Je me suis sentie suffisamment écoutée pendant mon séjour à la maternité				

d. Je me suis sentie impliquée dans les prises de décisions médicales (date de sortie)				
e. Mon conjoint ou la personne qui m'accompagne a été impliqué dans la prise en charge				
f. Je trouve que le personnel soignant est aimable et poli				
g. Je me suis sentie respectée dans mon intimité				
h. Je me suis sentie respectée dans mes moments de repos				
<i>Si vous n'allaitez pas et que vous donnez des biberons, <b> passez à la question "k"</b></i>				
i. Je me sens suffisamment à l'aise avec les mises au sein				
j. Je me sens suffisamment à l'aise avec le rythme des tétées. <b>Passez ensuite à la question "n"</b>				
k. Je me sens suffisamment à l'aise avec la préparations des biberons				
l. Je me sens suffisamment à l'aise avec l'administration des biberons				
m. Je me sens suffisamment à l'aise avec la quantité de lait à donner à mon bébé				
n. Je me suis sentie accompagnée dans le mode d'alimentation que j'ai choisi pour mon bébé				
o. Ma douleur a bien été prise en charge				
p. Je me sens en confiance dans ma relation avec mon bébé				

q. L'équipe sage-femme a été disponible pour mes questions				
r. Les réponses à mes questions étaient claires				
s. Les médecins (assistant de gynécologie, gynécologue) ont été disponibles pour mes questions				
t. Les pédiatres ont été disponibles pour mes questions				
u. Je trouve que ma sortie de la maternité a été organisée suffisamment à l'avance				
v. Je trouve que ma sortie de la maternité a été bien organisée				
w. Je suis satisfaite de la prise en charge globale de mon bébé à la maternité				
x. Je suis satisfaite de ma prise en charge globale à la maternité				

27) Par rapport aux informations qui vous ont été données, dans quelle mesure êtes-vous satisfaite ou pas du tout satisfaite avec chacun des items suivants ?

*Veillez cocher **une** réponse **par ligne***

	Très satisfaite	Satisfaite	Peu satisfaite	Insatisfaite
a. Informations concernant les traitements				
b. Informations concernant les soins qui ont été donnés				
c. Informations concernant les soins à poursuivre à domicile				
d. Informations concernant les conseils de mon retour à domicile ( visite post-natale,				

contraception , kinésithérapie, reprise des rapports sexuels, ...)				
e. Informations reçues sur mon état de santé				
f. Informations concernant les soins qui ont été donnés à mon enfant				
g. Informations concernant les soins de mon enfant à poursuivre à domicile				
h. Informations concernant les conseils de sortie de mon enfant (visite chez le pédiatre, vitamine, ...)				
i. Informations concernant l'allaitement maternel				
j. Informations concernant l'allaitement artificiel				
k. Informations reçues sur l'organisation du jour de ma sortie de la maternité				
l. Clarté des informations sur mon retour à domicile				
m. Informations suffisantes sur mon retour à domicile				
n. Facilité de compréhension des informations générales				
o. Facilité de compréhension des informations concernant mon retour à domicile				
p. Informations concernant les signes de complication que je pourrais avoir devant m'amener à recontacter l'établissement ou la sage-femme qui me suivra à domicile				
q. Informations concernant les signes de complication de mon bébé devant m'amener à recontacter l'établissement ou la sage-femme qui me suivra à domicile				

## **D) Votre retour précoce à domicile**

28) Date et heure de l'accouchement :

Date et heure (approximative) de la sortie :

29) Vous a-t-on proposé une sage-femme qui effectuera votre suivi à domicile ?

Oui                       Non                       Refus de ma part (non nécessaire d'avoir un suivi à la maison)

30) À la maternité, vous a-t-on laissé les coordonnées d'une personne joignable 24h/24 en cas de problème?

Oui                       Non

31) Si vous avez été suivie par une sage-femme pendant votre grossesse, est-ce que ce sera la même qui viendra faire votre suivi à domicile ?

Oui                       Non                       Pas de suivi par une sage-femme pendant ma grossesse

32) Un document "fiche de liaison" vous a-t-il été remis ?

Oui                       Non

33) Aurez-vous de l'aide (autre que médicale) lors de votre retour à domicile ?

Oui (conjoint ou famille)       Oui (aide-ménagère ou aide familiale)       Non

34) Sans aide supplémentaire à domicile, une sortie précoce serait-elle envisageable ?

Oui                       Non

## **E) Votre ressenti, votre avis**

35) Comment avez-vous été informée de la possibilité de sortir précocement de la maternité :

- Lors des cours de préparation à l'accouchement
- Lors de vos consultations prénatales chez votre gynécologue
- Lors de vos consultations prénatales chez votre sage-femme
- Lors de la visite de la maternité
- Par les médias ( TV, revue, livre, internet )
- Par votre entourage
- Vous n'en avez jamais été informée
- Autre : .....

36) À quel moment vous a-t-on proposé de sortir précocement ?

- Pendant la grossesse
- En salle de naissance
- Au début de mon séjour à la maternité
- Le jour de ma sortie

37) Quand avez-vous pris la décision de sortir précocement ?

- Avant la grossesse
- Pendant la grossesse
- En salle de naissance
- Au début de mon séjour à la maternité
- Le jour de la sortie de la maternité

38) Pourquoi avoir fait ce choix de sortir précocement ?

*Classez les 10 propositions suivantes par des chiffres allant de 1 à 10, 10 étant le choix principal*

- Pour me reposer
- Pour retrouver ma famille et mon cadre de vie habituel plus rapidement
- Car le cadre de vie à l'hôpital est trop strict
- Car le risque infectieux est augmenté en milieu hospitalier
- Car une sage-femme effectuera mon suivi à domicile
- Car je manque de confort dans le service
- Car je serai bien entourées à la maison, j'aurai de l'aide et du soutien à la maison
- Car la maternité est un endroit très bruyant
- Car c'est mon souhait avant tout, je me sens à l'aise de rentrer précocement à la maison
- Car beaucoup de personnes différentes rentraient dans ma chambre à tout moment

39) Malgré une sortie précoce de la maternité, votre séjour vous a paru :

- Trop court
- Trop long
- Durée de séjour à la maternité adéquate

40) Pour qu'une sortie précoce de la maternité se passe dans des conditions optimales, pensez-vous qu'elle doit-être organisée en prénatal ?

- Oui
- Non

41) Pensez-vous que les sages-femmes qui se sont occupées de vous pendant votre séjour à la maternité ont répondu à vos attentes/besoins ?  Oui  Non

Si oui, de quelle manière ?

Si non, sur quels sujets auriez-vous aimé plus d'informations ou d'écoute ?

42) Avez-vous rencontré des difficultés par rapport :

*Veillez cocher **une réponse par ligne***

	Oui	Non
Au change de votre bébé		
À la surveillance de la température		
Au soin du cordon ombilical		
Au soin de nez		
Au bain		
À la surveillance du poids		
Au rythme du sommeil de votre bébé		
Aux pleurs de votre bébé		
À l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel)		
À la prévention de la mort subite du nourrisson		
À la gestion de votre douleur		
À la gestion de vos saignements		
À la gestion de l'allaitement maternel		

43) Vous est-il arrivé de vous sentir triste, incapable de faire face à vos nouvelles responsabilités ?

Jamais       Parfois       Souvent       Toujours

44) Selon vous, pour arriver à profiter de ces premiers jours, il vaut mieux être :

Chez soi, entouré des siens       À l'hôpital, entouré du personnel soignant

45) Pensez-vous renouveler cette expérience de sortie précoce pour une prochaine fois ?

Oui       Non       Je ne sais pas

46) Vous sentez-vous prête à sortir encore plus tôt ?

Oui       Non

47) Auriez-vous aimé sortir encore plus précocement ?

Oui  Non

48) Auriez-vous des suggestions à faire ?

## Annexe n°2

# QUESTIONNAIRE SAGE-FEMME

Bonjour, je suis Maureen Laurent, étudiante en fin de Master en Sciences de la Santé Publique. Vous travaillez au sein d'une maternité qui pratique le retour précoce à domicile. Il est important de connaître votre avis, en tant que sage-femme, dans le but d'améliorer la prise en charge des mamans que vous soignez. Je sollicite donc votre participation pour répondre à ce questionnaire. Il restera anonyme et les données resteront confidentielles et seront traitées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Il n'est donc pas nécessaire d'indiquer votre nom. Je vous suis d'avance très reconnaissante pour votre contribution.

Pour remplir ce questionnaire, veuillez cocher la case devant la ou les réponses correspondantes.

### A) Renseignements généraux

1) Depuis combien de temps travaillez-vous en milieu hospitalier ?

- < 2 ans  
 Entre 2 et 5 ans  
 Entre 6 et 10 ans  
 > 10 ans

2) Dans quel secteur travaillez-vous ?

- Maternité  
 Salle d'accouchement  
 Consultation prénatal  
 Grossesse à haut risque  
 Je tourne dans tous les services  
 Autres : .....

3) En plus de votre travail hospitalier, travaillez-vous comme sage-femme indépendante ?

Oui  Non (*prenez en compte la question 5*)

4) Si oui, quelles sont vos spécialités ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Consultations prénatales
- Préparation à l'accouchement
- Consultante en lactation
- Consultations post-natales
- Haptonomie
- Rééducation périnéale
- Soins à domicile après la naissance
- Autres : ....

## **B) Organisation du suivi prénatal selon le protocole de votre établissement**

5) Qui effectue principalement les suivis de grossesse au sein de votre institution ?

- Gynécologue       Sage-femme       Médecin traitant       Autre : .....

6) À quel moment ces suivis de grossesse sont-ils systématiquement organisés pour les femmes accouchant dans votre maternité ?

- Intégralité du suivi prénatal dans l'établissement
- Une fois en tout début de grossesse puis au 3ème trimestre
- À la fin de la grossesse uniquement
- Autre (précisez) : .....

7) Des consultations données par des sages-femmes sont-elles organisées au sein de votre maternité ?

- Oui       Non ( *passez à la question 9* )

8) Si oui, quelles types de consultations effectuent-elles ? (**Plusieurs réponses possibles**)

- Consultation prénatales de suivi de grossesse
- Consultation de surveillance : monitoring
- Préparation à l'accouchement
- Consultation en lactation
- Consultations post-natales
- Haptonomie
- Rééducation périnéale
- Autre : .....

9) L'entretien individuel prénatal précoce (dit du 4ème mois) est-il réalisé au sein de votre maternité ?

- Oui       Non ( *passez à la question 11* )

10) Si oui, par qui est-il réalisé ?

Des sages-femmes de la maternité

Des gynécologues

Une coordinatrice des soins

Autre, précisez : .....

11) Au sein de votre service, des visites de la maternité et du bloc d'accouchement sont-elles organisées ?

Oui

Non

12) Comment informez-vous les femmes pendant leur grossesse sur l'organisation des sorties définies par votre établissement ?

Je leurs remet un document écrit uniquement

Je leurs donne l'information de manière orale

Je leurs remet un document écrit et je donne l'information oralement

Je n'informe pas les femmes car ce n'est pas mon rôle

Je n'informe pas les femmes car je n'ai pas l'occasion de les voir en prénatal

13) Des séances d'informations ou des consultations sur le thème du Retour Précoce À Domicile (RPAD) sont-elles organisées au sein de votre maternité ?

Oui

Non ( *passez à la question 15* )

14) Si oui, par qui sont-elles données ?

Gynécologue

Sage-femme en consultation

Coordinatrice de soins

Autre : .....

### **C) Organisation du Retour Précoce à Domicile selon le protocole de votre établissement**

15) Dans le cadre des retours précoces à domicile, avez-vous une personne référente ou une coordinatrice de soins pour les RPAD ?

Oui

Non

16) Comment effectuez-vous les transmissions avec la sage-femme qui prendra le relais à domicile (*Plusieurs réponses possibles*)

Par transmission téléphonique

Par internet

Remise d'une fiche de liaison à la maman

C'est la coordinatrice de soins qui s'en occupe

Je n'effectue pas de transmission, ce sont les mamans qui appellent une sage-femme

Autre : .....

17) Dans votre institution, à quel moment la décision de principe de sortie précoce est-elle prise ?

Avant la grossesse

Pendant la grossesse

En salle de naissance

Au début du séjour à la maternité

Le jour de la sortie de la maternité

### **D) Votre avis en tant que sage-femme**

18) D'après vous, quelle est la durée de séjour optimale à la maternité ? (en heures approximatives)

a. après un accouchement par voie basse et primipare :

< 24h

Entre 24h et 48h

Entre 48h et 72h

Entre 72h et 96h

> 96h

b. après un accouchement par voie basse et multipare :

< 24h

Entre 24h et 48h

Entre 48h et 72h

Entre 72h et 96h

> 96h

c. après une césarienne et primipare :

< 24h

Entre 24h et 48h

Entre 48h et 72h

Entre 72h et 96h

> 96h

d. après une césarienne et multipare :

< 24h

Entre 24h et 48h

Entre 48h et 72h

Entre 72h et 96h

> 96h

19) Proposez-vous systématiquement un suivi par une sage-femme à domicile après la sortie de la maternité ?

Oui

Non

20) Quel serait, selon vous, le moment idéal pour informer les futures mères/couples par rapport au RPAD ?

Avant la grossesse

Pendant le premier trimestre

Pendant le deuxième trimestre

Pendant le troisième trimestre

Lors de l'entretien individuel prénatal précoce (4ème mois)

En salle de naissance

Pendant le séjour à la maternité

21) Informez-vous systématiquement les femmes de l'organisation des sorties définies par votre établissement ?

Oui, je leurs remet un document écrit uniquement

Oui, je leurs donne l'information de manière orale

Oui, je leurs remet un document écrit et je donne l'information oralement

Je n'informe pas de manière systématique

Non, ce n'est pas mon rôle

22) Si vous ne contactez pas de personne relais, laissez-vous aux mamans un numéro de téléphone joignable 24h/24 en cas de problème ?

Oui

Non

23) En cas de refus d'un suivi à domicile par une sage-femme, remettez-vous quand même le document "fiche de liaison" rempli à la maman ?

Oui

Non

24) Dans le cadre d'un RPAD, quel est selon vous le relais idéal ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Sage-femme à domicile

Infirmière à domicile

Puéricultrice

Aide familiale

Médecin généraliste

Pédiatre

Autre, précisez : .....

25) En général, à quel moment informez-vous les mamans qu'elles peuvent sortir précocement de la maternité ?

Pendant la grossesse

En salle de naissance

Au début du séjour à la maternité

Le jour de la sortie

26) Selon vous, pourquoi les mamans font-elles le choix de sortir précocement ?

*Classez les 10 propositions suivantes par des chiffres allant de 1 à 10, 10 étant le choix principal*

Pour se reposer

Pour retrouver leur famille et leur cadre de vie habituel plus rapidement

Car le cadre de vie à l'hôpital est trop strict

- Car le risque infectieux est augmenté en milieu hospitalier
- Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile
- Car les patientes manquent de confort dans le service
- Car elles seront bien entourées à la maison, elles auront de l'aide et du soutien à la maison
- Car la maternité est un endroit très bruyant
- Car c'est le souhait de la patiente avant tout, elle se sent à l'aise de rentrer précocement à la maison
- Car beaucoup de personnes différentes rentrent dans la chambre des patientes à tout moment

27) Pensez-vous que les femmes soient bien informées de la possibilité de sortir précocement de l'hôpital avec un suivi par une sage-femme à domicile ?

- Oui                       Non

28) Pour qu'une sortie précoce de la maternité se passe dans des conditions optimales, pensez-vous qu'elle doit-être organisée en prénatal ?

- Oui                       Non

29) Lors d'un RPAD, trouvez-vous que l'organisation des soins est modifiée ?

- Oui                       Non

30) Lors d'un RPAD, trouvez-vous que les informations données aux patientes sont modifiées ?

- Oui                       Non

31) Avez-vous l'impression que votre rôle de sage-femme à la maternité soit modifié lorsque la maman sort précocement ?

- Oui                       Non

Si oui, de quelle manière ?

32) Imaginez que vous avez la possibilité de mettre des éléments en place pour améliorer le processus de prise en charge dans le cadre des RPAD, comment les classeriez-vous par ordre d'importance ?

*Classez les 10 propositions suivantes par des chiffres allant de 1 à 10, 10 étant l'élément le plus prioritaire à mettre en place et 1 étant l'élément le moins prioritaire.*

- Mise en place d'une meilleure coopération entre les différents professionnels de santé (gynécologue, sage-femme, pédiatre, ...)
- Mise en place d'une meilleure coordination entre la maternité et les sages-femmes à domicile

- Mise en place d'un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque mère et son enfant
- Mise en place d'une coordinatrice de soins spécialisée pour les RPAD
- Mise en place de consultations prénatales données par des sages-femmes
- Développement d'un itinéraire clinique de soins multidisciplinaires
- Mise en place de visite de la maternité et du bloc d'accouchement
- Mise en place de séance de coaching périnatal
- Mise en place d'un meilleur canal de transmission de l'information entre la maternité et les sages-femmes à domicile
- Mise en place d'un dossier de maternité informatisé

33) Avez-vous des suggestions à faire ou un message à faire passer ?

### Annexe n°3

Annexe n°3 : Items de prise en charge des patientes à la maternité (n=48)

Items	Moyenne ± SD
a. Je suis satisfaite des soins qui m'ont été donnés	1,13 0,334
b. Je suis satisfaite des soins qui ont été donnés à mon bébé	1,06 0,245
c. Je me suis sentie suffisamment écoutée pendant mon séjour à la maternité	1,15 0,357
d. Je me suis sentie impliquée dans les prises de décisions médicales (date de sortie)	1,71 0,967
e. Mon conjoint ou la personne qui m'accompagne a été impliqué dans la prise en charge	1,31 0,589
f. Je trouve que le personnel soignant est aimable et poli	1,08 0,279
g. Je me suis sentie respectée dans mon intimité	1,15 0,357
h. Je me suis sentie respectée dans mes moments de repos	1,31 0,512
i. Je me sens suffisamment à l'aise avec les mises au sein	1,60 0,660
j. Je me sens suffisamment à l'aise avec le rythme des tétées.	1,58 0,731

k. Je me sens suffisamment à l'aise avec la préparations des biberons	1,25	0,707
l. Je me sens suffisamment à l'aise avec l'administration des biberons	1,25	0,707
m. Je me sens suffisamment à l'aise avec la quantité de lait à donner à mon bébé	1,25	0,707
n. Je me suis sentie accompagnée dans le mode d'alimentation que j'ai choisi pour mon bébé	1,10	0,309
o. Ma douleur a bien été prise en charge	1,13	0,393
p. Je me sens en confiance dans ma relation avec mon bébé	1,19	0,394
q. L'équipe sage-femme a été disponible pour mes questions	1,06	0,245
r. Les réponses à mes questions étaient claires	1,15	0,357
s. Les médecins (assistant de gynécologie, gynécologue) ont été disponibles pour mes questions	1,42	0,539
t. Les pédiatres ont été disponibles pour mes questions	1,21	0,410
u. Je trouve que ma sortie de la maternité a été organisée suffisamment à l'avance	2,63	0,815
v. Je trouve que ma sortie de la maternité a été bien organisée	2,15	0,743
w. Je suis satisfaite de la prise en charge globale de mon bébé à la maternité	1,17	0,377
x. Je suis satisfaite de ma prise en charge globale à la maternité	1,19	0,394

## Annexe n°4

Annexe n°4 : item d'information que les patientes ont reçues durant leur séjour à la maternité  
(n=48)

Items	Moyenne ± SD
a. Informations concernant les traitements	1,38 0,489
b. Informations concernant les soins qui ont été donnés	1,21 0,410
c. Informations concernant les soins à poursuivre à domicile	1,31 0,512
d. Informations concernant les conseils de mon retour à domicile ( visite post-natale, contraception , kinésithérapie, reprise des rapports sexuels, ...)	1,23 0,425
e. Informations reçues sur mon état de santé	1,21 0,410
f. Informations concernant les soins qui ont été donnés à mon enfant	1,19 0,394
g. Informations concernant les soins de mon enfant à poursuivre à domicile	1,19 0,394
h. Informations concernant les conseils de sortie de mon enfant (visite chez le pédiatre, vitamine, ...)	1,15 0,350
i. Informations concernant l'allaitement maternel	1,25 0,438
j. Informations concernant l'allaitement artificiel	1,11 0,333
k. Informations reçues sur l'organisation du jour de ma sortie de la maternité	2,71 0,874
l. Clarté des informations sur mon retour à domicile	1,94 0,633
m. Informations suffisantes sur mon retour à domicile	2,21 0,771
n. Facilité de compréhension des informations générales	1,40 0,610
o. Facilité de compréhension des informations concernant mon retour à domicile	1,52 0,714
p. Informations concernant les signes de complication que je pourrais avoir devant m'amener à recontacter l'établissement ou la sage-femme qui me suivra à domicile	1,60 0,792
q. Informations concernant les signes de complication de mon bébé devant m'amener à recontacter l'établissement ou la sage-femme qui me suivra à domicile	1,42 0,710

## Annexe n°5

Item	Sage-femme Saint-Michel N=30 Moyenne/10 ± SD	Item	Sage-femme Saint-Luc N=31 Moyenne/10 ± SD	Item	Patientes Saint-Michel N=48 Moyenne/10 ± SD
Pour retrouver sa famille et son cadre de vie habituel plus rapidement	8,83 1,39	Pour retrouver sa famille et son cadre de vie habituel plus rapidement	8,71 2,79	Pour retrouver sa famille et son cadre de vie habituel plus rapidement	9,25 1,12
Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile	7,57 1,79	Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile	7,71 1,84	Pour se reposer	7,9 1,57
Car c'est le souhait de la patiente avant tout	7,17 2,85	Pour se reposer	7,29 2,32	Car une sage-femme effectuera le suivi à domicile	7,54 1,61
Pour se reposer	6,77 2,41	Car je serais bien entourée, j'aurai de l'aide et du soutien	6,68 1,64	Car je serais bien entourée, j'aurai de l'aide et du soutien	7,52 1,89
Car je serais bien entourée, j'aurai de l'aide et du soutien	6,53 1,92	Beaucoup de personnes différentes rentrent dans ma chambre	6,29 1,86	Car c'est le souhait de la patiente avant tout	5,71 2,23
Beaucoup de personnes différentes rentrent dans ma chambre	5,03 1,86	Car la maternité est un endroit très bruyant	4,68 1,72	Beaucoup de personnes différentes rentrent dans ma chambre	4,46 2,01
Car la maternité est un endroit très bruyant	4,10 1,82	Cadre de vie trop stricte à l'hôpital	4,29 2,29	Cadre de vie trop stricte à l'hôpital	4,17 1,57
Cadre de vie trop stricte à l'hôpital	3,93 2,10	Manque de confort dans le service	3,65 1,70	Car la maternité est un endroit très bruyant	3,5 2,06

Manque de confort dans le service	3,03 2,13	Car c'est le souhait de la patiente avant tout	3,13 3,09	Manque de confort dans le service	2,92 1,68
Risque infectieux augmenté en milieu hospitalier	2,23 1,67	Risque infectieux augmenté en milieu hospitalier	2,71 1,82	Risque infectieux augmenté en milieu hospitalier	2,19 1,42

## Annexe n°6

Item	Sage-femme Saint-Michel N=30 Moyenne/10 ± SD	Item	Sage-femme Saint-Luc N=31 Moyenne/10 ± SD
Mise en place de CPN données par des sages-femmes	8,27 2,06	Mise en place d'un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque mère et son enfant	7,16 2,38
Meilleure coordination entre la maternité et les sages-femmes à domicile	6,83 1,64	Mise en place d'une coordinatrice de soins spécialisée dans le RPAD	7 2,25
Meilleure coopération entre les différents professionnels de la santé	6,30 2,68	Meilleure coopération entre les différents professionnels de la santé	6,74 2,43
Mise en place d'une coordinatrice de soins spécialisée dans le RPAD	6,13 2,34	Mise en place de CPN données par des sages-femmes	6,19 2,63
Mise en place d'un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque mère et son enfant	5,97 2,72	Développement d'un itinéraire clinique de soins multidisciplinaires	6 3,23
Meilleur canal de transmission de l'information entre la maternité et les sages-femmes à domicile	5,70 2,32	Meilleure coordination entre la maternité et les sages-femmes à domicile	5,94 2,12
Développement d'un itinéraire clinique de soins multidisciplinaires	4,83 3,04	Meilleur canal de transmission de l'information entre la	5,71 2,11

		maternité et les sages-femmes à domicile	
Mise en place d'un dossier de maternité informatisé	4,03 2,40	Mise en place d'un dossier de maternité informatisé	4,9 3,05
Séance de coaching périnatal	3,73 2,53	Séance de coaching périnatal	3,35 2,60
Visite de la maternité et du bloc d'accouchement	3,20 2,51	Visite de la maternité et du bloc d'accouchement	2,35 1,62

## Annexe n°7

### a) durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente primipare

**Tableau croisé Lieu de l'enquête \* Durée de séjour optimale AVB Primipare**

		Durée de séjour optimale AVB Primipare			
		Entre 48 et 72h	Entre 72 et 96h	Total	
Lieu de l'enquête	SF St Michel	Effectif	22	8	30
		Effectif théorique	15,7	14,3	30,0
	SF St Luc	Effectif	10	21	31
		Effectif théorique	16,3	14,7	31,0
Total		Effectif	32	29	61
		Effectif théorique	32,0	29,0	61,0

### Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	10,314 <sup>a</sup>	1	,001		
Correction pour continuité	8,733	1	,003		
Rapport de vraisemblance	10,636	1	,001		
Test exact de Fisher				,002	,001
Association linéaire par linéaire	10,145	1	,001		
N d'observations valides	61				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14,26.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

## b) durée de séjour optimale pour un accouchement par voie basse, patiente multipare

**Tableau croisé Lieu de l'enquête \* Durée de séjour optimale AVB Multipare**

		Durée de séjour optimale AVB Multipare		Total	
		Entre 48 et 72h	Entre 72 et 96h		
Lieu de l'enquête	SF St Michel	Effectif	30	0	30
		Effectif théorique	29,5	,5	30,0
	SF St Luc	Effectif	30	1	31
		Effectif théorique	30,5	,5	31,0
Total	Effectif	60	1	61	
	Effectif théorique	60,0	1,0	61,0	

### Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,984 <sup>a</sup>	1	,321		
Correction pour continuité <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	1,370	1	,242		
Test exact de Fisher				1,000	,508
Association linéaire par linéaire	,968	1	,325		
N d'observations valides	61				

a. 2 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,49.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

### c) durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente primipare

**Tableau croisé Lieu de l'enquête \* Durée de séjour optimale Sectio Primipare**

		Durée de séjour optimale Sectio Primipare		Total	
		Entre 48 et 72h	Entre 72 et 96h		
Lieu de l'enquête	SF St Michel	Effectif	10	20	30
		Effectif théorique	4,9	25,1	30,0
	SF St Luc	Effectif	0	31	31
		Effectif théorique	5,1	25,9	31,0
Total		Effectif	10	51	61
		Effectif théorique	10,0	51,0	61,0

#### Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	12,359 <sup>a</sup>	1	,000		
Correction pour continuité <sup>b</sup>	10,047	1	,002		
Rapport de vraisemblance	16,238	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	12,157	1	,000		
N d'observations valides	61				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,92.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

#### d) durée de séjour optimale pour un accouchement par césarienne, patiente multipare

**Tableau croisé Lieu de l'enquête \* Durée de séjour optimale Sectio Multipare**

		Durée de séjour optimale Sectio Multipare			
		Entre 48 et 72h	Entre 72 et 96h	Total	
Lieu de l'enquête	SF St Michel	Effectif	21	9	30
		Effectif théorique	16,2	13,8	30,0
	SF St Luc	Effectif	12	19	31
		Effectif théorique	16,8	14,2	31,0
Total	Effectif	33	28	61	
	Effectif théorique	33,0	28,0	61,0	

#### Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	6,011 <sup>a</sup>	1	,014		
Correction pour continuité <sup>b</sup>	4,817	1	,028		
Rapport de vraisemblance	6,121	1	,013		
Test exact de Fisher				,021	,014
Association linéaire par linéaire	5,913	1	,015		
N d'observations valides	61				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 13,77.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2