



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

FACTEURS IMPACTANT LA PRÉPARATION AU RETOUR À DOMICILE
ET L'ÉTAT D'ESPRIT DES ACCOUCHÉES : ÉTUDE LONGITUDINALE
AUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

CAMILLE THOMAS

Née le 30/11/1999 à Wissembourg

Président du jury : Céline Bosco

Directeur de mémoire : Geneviève Creutzmeyer

Co-directeur de mémoire : Catherine Burgy



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

FACTEURS IMPACTANT LA PRÉPARATION AU RETOUR À DOMICILE
ET L'ÉTAT D'ESPRIT DES ACCOUCHÉES : ÉTUDE LONGITUDINALE
AUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

CAMILLE THOMAS

Née le 30/11/1999 à Wissembourg

Président du jury : Céline Bosco

Directeur de mémoire : Geneviève Creutzmeyer

Co-directeur de mémoire : Catherine Burgy

Remerciements

En premier lieu, j'adresse mes remerciements à Mme Geneviève Creutzmeyer, directrice de ce mémoire pour sa disponibilité, sa gentillesse et ses remarques constructives.

Merci également à madame Catherine Burgy, co directrice du mémoire pour ses conseils.

Un grand merci également à madame Sandrine Voillequin, qui m'a apporté son aide pour y voir plus clair dans l'interprétation des statistiques.

Merci aux sages-femmes des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour m'avoir aidée à distribuer les questionnaires, ainsi qu'à toutes les femmes ayant pris le temps de participer à l'étude.

Je tenais aussi à adresser mes remerciements à ma famille pour m'avoir toujours soutenue dans ces études difficiles, et notamment dans l'élaboration de ce mémoire. Saluons Ilona, merci pour ta patience, tes conseils, m'aider à reformuler la problématique jusqu'à minuit...

Merci à Catherine qui m'a supportée pendant 3 ans, merci pour l'amitié partagée.

Bien sûr je n'oublierai pas de citer mes camarades de promotion : Mathilde, Claire et Lucile, merci à vous trois pour ces 4 belles années passées à vos côtés. Je suis fière de vous !

Table des matières

I.	Introduction	5
1.	Le post-partum, un moment de grands bouleversements	5
i.	Définition	5
ii.	Physiologie du post-partum	5
2.	Pathologies physiques du post-partum	5
3.	Risques psychiatriques du post-partum	6
i.	Le baby-blues.....	7
ii.	La dépression du post-partum.....	7
iii.	La psychose puerpérale	7
4.	Les difficultés post-partum rencontrées par les femmes	8
5.	Le suivi post-partum en France	9
i.	Recommandation concernant les sorties de maternité	9
ii.	Les acteurs du suivi post-partum pour la femme en France	9
iii.	Les consultations obligatoires et facultatives du post-partum	10
iv.	Le cas particulier des sorties précoces de maternité	10
v.	Les autres aides possibles dans le post-partum.....	11
6.	Les difficultés rencontrées par les femmes pendant le séjour en maternité et au retour à domicile	11
7.	Question de recherche, hypothèses et objectifs	13
II.	Matériel et méthodes	14
1.	Type et population d'étude	14
2.	Méthodes de mesure	14
i.	Questionnaire	14
3.	Modalités et diffusions	15
4.	Variables étudiées.....	16
ii.	Questionnaire n°1	16
iii.	Questionnaire n°2.....	17
5.	Analyse des résultats	18
6.	Aspects réglementaires, législatifs et principes éthiques.....	18
III.	Résultats	19
1.	Réponses obtenues aux questionnaires.....	19
2.	Caractéristiques de la population.....	20
i.	Caractéristiques sociodémographiques et parité.....	20
ii.	Voie d'accouchement, vécu et durée du séjour de la population.....	22

iii.	Caractéristiques psychologiques et satisfaction de la population	23
iv.	Groupe des perdus de vue	24
3.	Facteurs impactant la préparation au retour à domicile des accouchées	25
4.	Facteurs impactant l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile entre J10 et J15 27	
i.	Variables du questionnaire n°1 impactant l'état d'esprit au retour à domicile.....	28
ii.	Facteurs impactant l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile : variables du questionnaire n°2.....	29
5.	Points d'améliorations pour le séjour en maternité	32
i.	Insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité	32
ii.	Information et conseils insuffisants	33
iii.	Attentes des accouchées pour le séjour en maternité	33
iv.	Non-respect des attentes des accouchées quant au séjour en maternité et questions résiduelles.....	34
6.	Points d'amélioration pour le retour à domicile	35
IV.	Discussion.....	40
1.	Caractéristique de la population	40
2.	Facteurs impactant la préparation au retour à domicile des accouchées	41
3.	Perspectives d'amélioration pour une meilleure préparation au retour à domicile et un meilleur vécu du post-partum	43
i.	Le séjour en maternité.....	43
ii.	En anténatal.....	46
iii.	Au retour à domicile.....	47
3.	Discussion de la méthode	49
i.	Forces de l'étude	49
ii.	Limites de l'étude	49
iii.	Validité interne de l'étude	50
V.	Conclusion.....	52
VI.	Bibliographie	54
	ANNEXE I : Fiche informative destinée aux accouchées des HUS	
	ANNEXE II : Questionnaire n°1	
	ANNEXE III : Questionnaire n°2.....	
	ANNEXE IV : Fiche de registre de traitement de la protection des données	
	ANNEXE V : Tableau de comparaison entre les femmes ayant répondu aux deux questionnaires et les perdus de vue	
	ANNEXE VI : tableau des caractéristiques des accouchements aux HUS	

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge et de la parité.....	20
Figure 3 : Vécu de l'accouchement en fonction de la voie d'accouchement	22
Figure 4 : Satisfaction des femmes concernant la durée du séjour selon la durée du séjour....	23
Figure 5 : Etat d'esprit des accouchées au retour à domicile depuis le retour à domicile	27
Figure 6 : Difficultés rencontrées par les accouchées au retour à domicile	31
Figure 7 : Insatisfaction des accouchées concernant les conseils et informations donnés en maternité.....	32
Figure 8 : Attentes des accouchées quant au séjour en maternité	34
Figure 9 : Besoin des accouchées au retour à domicile.....	39

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population et parité (n=62).....	21
Tableau II : Facteurs statistiquement différents entre le groupe des femmes ayant répondu aux deux questionnaires et le groupe des perdus de vue	24
Tableau III : Facteurs impactant la préparation au retour à domicile (n=62).....	26
Tableau IV : Facteurs impactant l'état d'esprit au retour à domicile : variables du questionnaire n°1.....	28
Tableau V : Facteurs impactant l'état d'esprit au retour à domicile : variables du questionnaire n°1.....	31

I. Introduction

1. Le post-partum, un moment de grands bouleversements

i. Définition

Etymologiquement, « post » signifie « après », et « partum » « enfantement, accouchement ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le post-partum ou suites de couches désigne la période qui débute une heure après la délivrance et qui s'étend sur six semaines. Plus largement, il s'agit de la période qui suit l'accouchement et qui prend fin au retour de couche, à savoir les premières menstruations après l'accouchement. Il s'agit d'une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille, sur le plan physiologique, affectif et social. (1)

ii. Physiologie du post-partum

Lors de cette phase particulière, l'organisme retrouve progressivement son état antérieur à la grossesse. Immédiatement après l'accouchement, des contractions utérines, appelées tranchées, vont intervenir afin de permettre l'involution utérine. L'utérus va donc progressivement diminuer de volume et intégrer la cavité pelvienne. Ce processus peut prendre deux à trois mois. Simultanément, le col utérin se reconstitue, retrouve de la longueur et sa consistance. L'orifice interne du col se ferme le 10^{ème} jour puis l'orifice externe vers le 15^{ème}-20^{ème} jour. Le périnée peut être œdématié à la suite du traumatisme de l'accouchement. Le retour de couche survient habituellement vers le 45^{ème} jour après l'accouchement en l'absence d'allaitement, et quatre à six semaines après l'accouchement si la femme allaite. La montée de lait se produit environ 48 heures après l'accouchement sous l'effet de la prolactine et grâce à l'effondrement des hormones sexuelles. Les seins deviennent fermes et douloureux, une fièvre peut apparaître.(2)
(3) Une surveillance rigoureuse est donc nécessaire pour dépister toute anomalie survenant dans cette période.

2. Pathologies physiques du post-partum

Les principales pathologies redoutées dans le post-partum sur le plan physique sont le risque hémorragique, thromboembolique et infectieux.

En premier lieu, l'hémorragie de la délivrance constitue la première cause de décès maternel dans le monde. D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

(CNGOF), l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie quelle que soit la voie d'accouchement comme « une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml après l'accouchement(4). Les causes de l'HPP sont le plus fréquemment l'atonie utérine ainsi que les plaies de la filière génitale. L'HPP peut être retardée, ce qui nécessite une surveillance rigoureuse les premiers jours du post-partum. (4)

Dans un deuxième temps, la période du post-partum est à risque de maladies thromboemboliques veineuses; on redoute ainsi la thrombose veineuse profonde ainsi que sa principale complication, l'embolie pulmonaire. Celles-ci peuvent être graves et entraîner le décès ; l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, publiée en 2021 a enregistré 23 décès des suites d'une complication thromboembolique veineuse sur la période 2013-2015. (5)

De surcroît, l'endométrite, dont les signes cliniques sont une hyperthermie, des douleurs pelviennes, un retard d'involution et des lochies nauséabondes est à rechercher à l'examen en suites de couches. Il s'agit d'une infection de la muqueuse utérine dont la fréquence dans le post-partum est de 2%.(6)

Enfin, à la suite de l'accouchement, la femme peut rencontrer des difficultés dans l'allaitement et ainsi souffrir d'engorgement, de mastite inflammatoire ou infectieuse et d'abcès au sein. Elle peut également souffrir de divers maux tels que les hémorroïdes, favorisés par les efforts de poussée et la constipation, l'anémie, favorisée par les pertes sanguines du post-partum, de lombalgies, de rétention urinaire et d'incontinence urinaire ou fécale. Ces troubles ne sont pas à négliger car ils peuvent dégrader la qualité de vie des patientes.

3. Risques psychiatriques du post-partum

La période du post-partum est une période particulière au niveau du psychisme de la femme. Celle-ci passe en effet d'un statut de femme à celui de mère et possède de nouvelles responsabilités. Il est à noter que lors de la période de 2013 à 2015, le suicide représentait la deuxième cause de décès maternels, ce qui souligne que cette période est une période de grande vulnérabilité pour la femme.(5)

i. Le baby-blues

Il s'agit d'une affection fréquente, marquée principalement par une labilité émotionnelle, de l'irritabilité, des manifestations anxieuses, une sensation d'incapacité à s'occuper de son enfant et des troubles du sommeil. Cette affection survient autour du troisième au cinquième jour après l'accouchement. Le baby-blues est normalement résolutif au bout d'une semaine, aucun traitement médicamenteux ne doit être mis en place, seul le soutien maternel est utile. La persistance de ce trouble doit faire suspecter une dépression du post-partum.(7,8)

ii. La dépression du post-partum

La dépression du post-partum est une pathologie commune, qui touche 10 à 15 % des femmes. Elle apparaît dans le premier mois après l'accouchement et est caractérisée par des troubles de l'humeur, une asthénie, des troubles du sommeil. La dépression du post-partum peut être dépistée grâce au questionnaire Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Le traitement des dépressions mineures consiste d'abord en un soutien psychosocial, tandis que pour les dépressions majeures, un soutien psychiatrique sera indiqué, avec prise d'antidépresseur en plus de la psychothérapie et éventuellement une hospitalisation si la femme a des idées suicidaires. La dépression du post-partum peut avoir des retentissements sur le lien mère-enfant, la mère peut en effet faire preuve d'un désintéressement envers son enfant, avoir de l'irritation et un manque d'affection envers lui.(7,8)

iii. La psychose puerpérale

Il s'agit d'une affection psychiatrique grave du post-partum, d'apparition brutale dans les trois premières semaines du post-partum. Elle se définit par une psychose aiguë confuso-dépressive associée à des troubles thymiques. Une confusion mentale s'installe progressivement et les idées délirantes sont centrées sur la relation mère-enfant. Cette pathologie est associée à l'insomnie de la mère qui s'accroît et se désintéresse peu à peu de son enfant. L'anxiété est également majeure, elle peut souffrir d'un sentiment de dépersonnalisation et d'angoisse de mort. Cette pathologie est associée à un risque important de suicide et d'infanticide qui nécessite une hospitalisation dans un service spécialisé de psychiatrie.(9)

4. Les difficultés post-partum rencontrées par les femmes

Plusieurs difficultés ont été mises en avant au retour à domicile par une revue de la littérature publiée en 2015 par Arsac L ; celles-ci sont tout d'abord d'ordre physique ; les accouchées peuvent en effet souffrir de fatigue et de troubles du sommeil, de difficulté par rapport à la transformation physique après l'accouchement (poids, vergetures), de douleurs (dorsales, périnéales).(10)

Du point de vue émotionnel, le retour à domicile peut être marqué par des angoisses, un baby blues, un manque de confiance en ses capacités, des difficultés face aux changements corporels suite à l'accouchement et par des conflits avec le conjoint.(10)

Enfin, les accouchées peuvent également faire face à des difficultés organisationnelles avec la gestion de leurs autres enfants, la gestion des tâches ménagères, la gestion des soins au nouveau-né (changes, bains, soins du cordon) et de l'alimentation du nouveau-né. (10)

Les difficultés maternelles au retour à domicile sont en réalité un phénomène complexe, dont les facteurs impactant sont la parité, le mode d'accouchement, le vécu de l'accouchement, et la qualité de l'accompagnement prodigué. (10) Une autre étude de 2014 réalisée par Blaudy A démontre que les femmes primipares âgées de plus de 35 ans ont 2,2 fois plus de risques de développer un baby blues expressif en post-partum immédiat.(11)

Afin de tenter de répondre en partie à ces difficultés, à partir du 1^{er} juillet 2021, la durée du congé paternité et d'accueil de l'enfant est allongée à 28 jours, contre 14 jours auparavant. Les objectifs mis en avant de cette nouveauté sont d'une part le soutien apporté à la mère, mais aussi la participation à la création du lien avec l'enfant. D'une autre part, cette nouveauté concourt à l'égalité homme-femme en incitant à un rééquilibrage des tâches domestiques entre les deux parents et à réduire les inégalités de carrières professionnelles entre les deux sexes. (12)

Par ailleurs, pour se préparer à l'accouchement et ses suites, les femmes ont l'opportunité de suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pendant la grossesse, précédés d'un entretien prénatal précoce. Au nombre de sept, ces séances ont pour objectif entre autres d'expliquer le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, mais aussi de connaître les soins à apporter à l'enfant et de préparer le retour à domicile. Ces séances sont entièrement remboursées par l'Assurance Maladie. D'après l'enquête périnatale de 2016, 77,9 % des primipares avaient suivi des cours de préparation à la naissance, contre seulement 33,8% des multipares.(13)

5. Le suivi post-partum en France

i. Recommandation concernant les sorties de maternité

D'après les recommandations de l'HAS de 2014,

« Pour la naissance d'un nouveau-né singleton, eutrope et en l'absence de complications pour la mère, la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de :

- 96 heures après un accouchement par voie basse ;
- 120 heures après un accouchement par césarienne.

La sortie de maternité peut être anticipée si la femme le souhaite, et sous réserve d'un accord de l'équipe médicale, au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne. » (14)

Ces recommandations ne concernent cependant que les femmes et nouveau-nés à bas risque médical, psychique et social, dont les caractéristiques sont précisées dans les mêmes recommandations de la HAS.

Ainsi une sortie précoce est définie par une sortie avant 72 heures après un accouchement voie basse et avant 96 heures pour un accouchement par césarienne.

Dans le cadre d'une sortie standard, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande deux visites par un professionnel de santé, après le départ de la maternité, préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin adapté. Dans le cadre d'une sortie standard, la première visite doit être réalisée dans la semaine suivant le départ de la maternité, et de préférence dans les 48 heures. La deuxième visite est planifiée selon l'appréciation du professionnel de santé. (14)

ii. Les acteurs du suivi post-partum pour la femme en France

Le médecin gynécologue obstétricien ou gynécologue médical peut assurer le suivi médical de la mère et réaliser la consultation post natale obligatoire.

Le médecin généraliste peut en outre suivre le nouveau-né sur le plan médical.

La sage-femme libérale peut réaliser les consultations de suivi médical de la mère à domicile ou au cabinet ainsi que le suivi médical du nouveau-né jusqu'au 28^{ème} jour, réaliser la consultation post natale obligatoire, deux séances de suivi post-natal au domicile ou au cabinet, du 8^{ème} jour jusqu'à la consultation post natale obligatoire. Elle réalise également la rééducation périnéale.

Enfin, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) réalise les consultations de la mère et de l'enfant jusqu'à ses 6 ans ainsi que le soutien social. La PMI regroupe différents professionnels, à savoir, des médecins, sages-femmes, infirmiers, auxiliaire de puériculture, psychologue et assistant social.(14)

iii. Les consultations obligatoires et facultatives du post-partum

Deux séances de suivi post-natal auprès d'une sage-femme peuvent être programmées entre le huitième jour après la naissance et la consultation post-natale. Ces séances sont l'occasion de faire le point sur les aspects physiques et psychiques de la santé de la mère. Les problématiques de dépression persistante ou de difficultés à reprendre une vie sexuelle peuvent y être abordés. (15) Cependant, ces séances restent peu proposées par les professionnels, peu rémunérées et inconnues des femmes. En 2011, seules 6,06 % des femmes ont participé à ces séances. (14)

Il existe également la consultation post-natale, obligatoire et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. (15) Elle a pour vocation de faire le point sur le vécu de la femme des premières semaines après l'accouchement, l'allaitement, la rééducation périnéale. Une information doit également être donnée concernant la perte de poids, la contraception et le risque de grossesse rapproché. Un frottis cervico-vaginal peut également être réalisé en cas de nécessité.(16)

Enfin, l'entretien postnatal précoce (EPNP) est obligatoire à partir du 1^{er} juillet 2022, il est réalisé par un médecin, une sage-femme ou un infirmier de puériculture entre la quatrième et la huitième semaine après l'accouchement. Il a pour objet de repérer précocement la dépression du postpartum et d'évaluer les besoins de la femme ou du conjoint en terme d'accompagnement.(17)

iv. Le cas particulier des sorties précoces de maternité

Le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) existe depuis 2010, il est dédié en priorité aux retours précoces, pour les femmes éligibles. Un agent de l'Assurance Maladie se rend en maternité et se charge de trouver une sage-femme libérale dans le secteur du domicile de la femme. Dans le cadre d'une sortie précoce, deux visites seront programmées, et la première visite doit être effectuée par une sage-femme libérale dans les 24 heures suivant le départ de la maternité. La deuxième visite sera planifiée selon l'appréciation de la sage-

femme, et une troisième visite peut être organisée si besoin. Le rôle de la sage-femme libérale est d'assurer le suivi de la mère et du nouveau-né et de les accompagner dans leur relation mère-enfant. Le suivi à domicile dans le cadre du PRADO est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance.(14)

v. Les autres aides possibles dans le post-partum

A Strasbourg, il existe des associations telles que la Leche League ou encore Action pour l'allaitement.

Aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS), une fois par mois au moins, un atelier/rencontre gratuit « Devenir parents » est organisé, il est animé par une puéricultrice et une psychologue. Cet atelier a pour objectif de donner un temps d'échange et de rencontre entre parents après leur retour à domicile.(18) De plus, aux HUS, les sages-femmes peuvent distribuer un document informatif sur le thème des suites de couches aux accouchées avant le retour à domicile. (ANNEXEI)

L'application mobile ainsi que le site internet « 1000 Premiers Jours », élaborés par le ministère de la Solidarité et de la Santé en collaboration avec les professionnels de santé et les parents peut également constituer une source d'information ou d'aide. Elle a une vocation préventive et d'information, du projet de parentalité jusqu'aux deux ans de l'enfant. On y trouve des informations pratiques et conseils sur la sécurité environnementale, l'alimentation et la sécurité affective. L'application mobile contient également un outil permettant de détecter la dépression post-partum.(19)

6. Les difficultés rencontrées par les femmes pendant le séjour en maternité et au retour à domicile

En 2008, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publiait un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes par rapport au suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Les résultats de cette enquête menée à la fin de l'année 2006 montrent que les femmes sont respectivement 15 et 35 % à être « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux donnés afin d'assurer les soins de suites de couche, notamment en terme d'allaitement. Les accouchées soulèvent

ainsi l'insuffisance de l'accompagnement de l'allaitement maternel et des conseils donnés pour l'allaitement artificiel dans un cas sur dix (20).

L'analyse réalisée par le collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) en 2012 à partir des réponses à une enquête en ligne confirme ce constat. Elle permet ainsi de souligner que le retour à domicile des femmes ayant accouché en France ne se passe pas dans les meilleures conditions : à la sortie de la maternité, une femme primipare sur six et une femme césarisée sur quatre se disent « désemparées » ou « angoissées » à la sortie de la maternité. Parmi les femmes désemparées ou angoissées à la sortie de la maternité, elles sont 54 % à juger que leur forme psychologique n'a pas assez été prise en compte. Le fait d'allonger le séjour ne semblait pas être bénéfique puisqu'une part importante des femmes désemparées ou angoissées avait bénéficié d'un séjour long en maternité. Il ressort donc de cette enquête que la primiparité, tout comme le fait d'avoir mal vécu son accouchement ou le fait d'avoir eu une césarienne sont des facteurs associés au désarroi, à l'angoisse, ou à l'incertitude des femmes et que l'allongement de la durée du séjour n'est pas une réponse efficace à la problématique rencontrée par les femmes.

Enfin, une étude réalisée en 2014 par Danneels J montre que pour un tiers des femmes interrogées, l'information concernant la contraception est donnée à un moment que la patiente juge inadapté, et que l'information était trop rapide et tardive. Ainsi à la sortie de la maternité 30,4% des patientes ne suivaient pas la prescription de contraception (21) . De plus, depuis la pandémie de COVID-19, les sorties précoces en maternités ont été favorisées afin de limiter le risque de transmission du virus. Nous pouvons imaginer que toutes les informations données en maternité ont donc été condensées avec le risque que les patientes ne soient pas assez disponibles pour bien les entendre. Enfin la COVID-19 nécessitant une distanciation sociale, nous pouvons imaginer que les femmes ont moins côtoyé leurs proches, ce qui a pu accentuer leur sentiment de désarroi.

Une revue systématique et méta-analyse de 2020 réalisée par Hessami K visant à évaluer l'influence de la pandémie covid-19 et des mesures de distanciation physique sur la santé mentale des femmes pendant la grossesse et la période périnatale a en effet montré que la covid-19 augmente le risque d'anxiété dans cette population.(22)

7. Question de recherche, hypothèses et objectifs

Au vu des résultats des études de la DREES et de la CIANE de 2008 et 2012 respectivement, nous pouvons nous poser la question suivante : Quels sont les facteurs maternels impactant la préparation au retour à domicile des accouchées des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ainsi que leur état d'esprit les jours suivant le retour à domicile ? Nous nous concentrerons sur les facteurs maternels uniquement et non pas ceux liés à l'enfant.

Pour tenter de répondre à cette question de recherche, nous avons établi quatre hypothèses de réponses.

La première hypothèse serait qu'une accouchée sur cinq ne se sent pas prête à rentrer à domicile après le séjour en maternité.

La seconde hypothèse serait qu'il existe un lien entre la préparation au retour à domicile et l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile.

La troisième hypothèse serait qu'il existe des facteurs personnels impactant la préparation au retour à domicile qui sont la parité et la voie d'accouchement.

Enfin, la quatrième hypothèse serait qu'il existe des facteurs psychologiques impactant l'état d'esprit au retour à domicile qui sont l'attention portée au bien-être psychologique, la réponse aux attentes quant au séjour en maternité, le vécu de l'accouchement.

Le premier objectif de cette étude était de déterminer les facteurs impactant la préparation au retour à domicile des femmes ayant accouché dans une maternité des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Le deuxième objectif était de déterminer les facteurs impactant l'état d'esprit des femmes ayant accouché et séjourné aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, du retour à domicile jusqu'au 10^{ème} à 15^{ème} jour après l'accouchement.

Le troisième objectif était de mettre en avant des axes d'amélioration.

Le manuscrit se divise en différentes parties avec le plan suivant : « Introduction, Matériel et Méthodes, Résultats et Discussion ». Dans un premier temps, nous exposerons le matériel et les méthodes utilisés afin de mener cette recherche. Ensuite, nous exposerons les résultats. Enfin, nous analyserons et discuterons des résultats obtenus afin de proposer des axes d'amélioration.

II. Matériel et méthodes

1. Type et population d'étude

Nous avons réalisé une étude semi quantitative, observationnelle descriptive et analytique, longitudinale et monocentrique. L'étude a eu lieu dans les deux maternités des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, à savoir la maternité de Hautepierre, de type 3 et la maternité du centre médico chirurgical et obstétrique (CMCO), qui est une maternité de type 2a. La population étudiée était les femmes ayant accouché dans les maternités du CMCO ou de Hautepierre. Nous avons décidé d'inclure uniquement les femmes majeures, consentant participer à l'étude, hospitalisées après l'accouchement pour une durée de plus de 24 heures et hospitalisée dans une unique maternité des HUS.

Concernant le questionnaire n°1, les critères de non-inclusion étaient les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français, les femmes ayant été transférées pendant leur séjour de suites de couches, les femmes dont le nouveau-né a été hospitalisé en néonatalogie ou décédé. Les critères d'exclusions étaient les femmes ayant arrêté le questionnaire à la question 17 ou avant celle-ci.

Les femmes exclues du deuxième questionnaire sont celles qui ont été réhospitalisées dans le post-partum.

2. Méthodes de mesure

i. Questionnaire

L'outil de recueil pour notre étude était un premier questionnaire (ANNEXE II) réalisé informatiquement et distribué en format papier dans les maternités du CMCO et de Hautepierre. Il s'agissait de questionnaires anonymes, à questions ouvertes et fermées et destinés aux accouchées. Un deuxième questionnaire (ANNEXE III) a été réalisé par téléphone entre 10 et 15 jours après l'accouchement, au retour à domicile afin de limiter le nombre de perdus de vue. Un système de numérotation des questionnaires a été mis en place afin de pouvoir lier les deux questionnaires de façon anonyme.

Concernant le premier questionnaire, la première partie était constituée de cinq questions permettant de recueillir les données sociodémographiques de la population et la parité. Les questions 6 et 8 permettaient de recueillir des données sur la voie d'accouchement et la durée du séjour. Les caractéristiques psychologiques de la population ont été évaluées par les questions 7,14,16,17 ,18,19 et la satisfaction par les questions 9,11,13,15. Les questions 10, 12

et 21 étaient des questions ouvertes permettant de recenser les attentes des accoucher et les questions restantes avant le retour à domicile. Ces dernières ont été analysées par codage selon la méthode qualitative.

Certaines questions étaient issues d'études citées dans l'introduction, c'était le cas pour la question 13 sur la satisfaction des conseils donnés en maternité qui était issue de l'étude de la DREES de 2008. Concernant la question 11 du questionnaire n°2 portant sur les difficultés rencontrées par les femmes au retour à domicile, les difficultés proposées dans le choix de réponse étaient issues de la revue de la littérature de Arzac L de 2015. Enfin, les questions 18,19 du questionnaire n°1 et la question 10 du questionnaire n°2 étaient issues de l'étude réalisée en 2012 par la CIANE.

En ce qui concerne le deuxième questionnaire, les sept premières questions permettaient d'étudier la présence du conjoint, de l'entourage et d'un suivi à domicile les jours qui ont suivi la sortie de maternité et également de déterminer si ces présences étaient perçues comme indispensables par les femmes. A propos des questions huit et neuf, nous avons demandé aux accouchées si elles avaient reçu le document récapitulatif des informations du post-partum (ANNEXE IV) et si oui, s'il avait été utile selon elles. Les questions 10 et 11 sondaient les accouchées sur leur vécu du post partum. Avec les questions 12 à 14, nous avons cherché à savoir si les accouchées avaient consulté un professionnel de santé après la sortie de maternité pour leur bien-être physique et/ou psychologique, et si oui le nombre de consultations et à qui elles s'étaient adressées. De plus, au travers des questions 15 et 16, nous avons cherché à explorer si, par manque d'informations, des femmes avaient cherché des informations par d'autres ressources (comme internet ou des magazines) et si oui lesquelles. Enfin, de la question 17 à 23, nous avons demandé l'avis des accouchées à propos de l'allongement du congé paternité, l'entretien post natal précoce, sur la préparation à la naissance sur le thème des suites de couches, les éléments qui auraient pu les aider pour le retour à domicile, les conseils ou informations supplémentaires qu'elles auraient aimé avoir en maternité.

3. Modalités et diffusions

Une phase test a été réalisée auprès d'un échantillon d'étudiants sages-femmes de la promotion 2018-2022 afin de tester la compréhensibilité des questionnaires. A l'issue de cette phase test, quelques questions ont été reformulées.

Nous avons distribué 75 questionnaires n°1 à la maternité de Haute-pierre et 75 questionnaires n°1 à la maternité du CMCO. L'étude a débuté le 18 octobre 2021 et le 10 décembre 2021 tous les questionnaires n°1 avaient été distribués. L'étude s'est achevée le 22 décembre 2021. Une lettre d'information ainsi qu'un formulaire de consentement ont été distribués aux patientes. Le questionnaire a été distribué par les sages-femmes des services de suites de couches et nous-mêmes après que les patiente aient eu leur entretien de sortie et reçu les ordonnances.

4. Variables étudiées

L'étude portait uniquement sur les facteurs maternels, ainsi les variables étudiées se rapportaient exclusivement à la mère et non pas à l'enfant.

ii. Questionnaire n°1

Concernant le premier questionnaire, les variables relevées étaient : l'âge, la parité, le nombre d'enfants à domicile, la situation professionnelle, la profession, le vécu de l'accouchement, la durée du séjour, l'avis de la femme sur la durée du séjour, les attentes des femmes quant au séjour en maternité, la réponse à leurs attentes, leur satisfaction par rapport aux conseils maternels donnés par les professionnels de santé en maternité, le sentiment de disponibilité et concentration lors de l'entretien de sortie, leur avis sur la durée de l'entretien de sortie, la possibilité d'expression des craintes quant au retour à domicile, leur sentiment d'être prête pour le retour à domicile, leur avis sur l'attention du personnel quant à leur bien-être physique et psychologique, leur participation à une séance de préparation à la naissance sur le thème des suites de couches en anténatal.

Afin de faciliter l'interprétation des résultats, nous avons défini des seuils.

La question sept portait sur le vécu de l'accouchement. Nous avons défini que les accouchées ayant répondu avoir un « très bon » ou « bon » vécu de l'accouchement avaient bien vécu leur accouchement, tandis que celles ayant répondu avoir un « mauvais » ou « très mauvais » vécu de l'accouchement avaient mal vécu leur accouchement.

La question huit portait sur le jour de sortie de maternité. Une sortie a été considérée précoce si elle se faisait à J2 pour un accouchement par voie basse, et à J3 pour un accouchement par césarienne.

La question 13 portait sur la satisfaction des femmes concernant les conseils et informations donnés en maternité par les professionnels de santé. Il s'agissait d'un tableau qui reprenait les

différents conseils donnés en maternité. Les accouchées pouvaient répondre pour chaque conseil si elles étaient « tout à fait satisfaite » « plutôt satisfaite » « plutôt pas satisfaite » ou « pas du satisfaite ». Elle pouvait également cocher la case « non concernée » ou « ce conseil n'a pas été évoqué ». Ce tableau se basait sur l'étude réalisée par la DREES en 2008 concernant la satisfaction des accouchées à propos des conseils donnés en maternité. Afin d'évaluer la satisfaction des accouchées sur l'ensemble des conseils et informations donnés en maternité, nous avons considéré que si pour plus de 50% des conseils proposés dans le tableau, la patiente était « tout à fait satisfaite » ou « plutôt satisfaite », elle était considérée comme satisfaite des conseils et informations donnés en maternité. Par ailleurs, nous avons considéré que si plus de 50% des conseils n'avaient pas été évoqués, l'information à l'accouchée était considérée comme insuffisante.

La question 17 portait sur la préparation au retour à domicile, qui a été évaluée grâce à une échelle de Likert. Les patientes devaient indiquer sur une échelle de zéro à 10 si elles se sentaient prêtes à rentrer à domicile. Nous avons estimé que si la patiente avait une note inférieure à la médiane des réponses obtenues à cette question par l'ensemble des patientes, elle était mal préparée au retour à domicile. S'agissant de notre critère de jugement principal pour l'évaluation de la préparation au retour à domicile, nous avons exclu les femmes s'étant arrêtées de répondre à cette question ou avant.

Concernant la question 18 « Estimez-vous que lors de votre séjour à la maternité, les professionnels de santé ont porté une attention suffisante à votre bien être psychologique ? » si la patiente avait répondu « suffisant » ou « moyen » nous avons considéré que l'attention portée était suffisante. Il en est de même pour la question 19 « Estimez-vous que lors de votre séjour à la maternité, les professionnels de santé ont porté une attention suffisante à votre bien-être physique ? ».

iii. Questionnaire n°2

Les variables relevées dans le deuxième questionnaire étaient : la présence du co-parent au domicile, la présence d'une aide de l'entourage, la présence d'un suivi à domicile, l'utilité du document donné en maternité récapitulant les informations du post-partum, l'état d'esprit depuis le retour à domicile, les difficultés rencontrées, la consultation d'un professionnel de santé depuis le retour à domicile, le nombre de consultations, la recherche de ressources complémentaires par manque d'informations, l'avis de la femme sur l'allongement du congé

paternité, le souhait d'avoir eu plus d'informations en maternité, quels éléments auraient pu aider la femme depuis son retour à domicile et l'avis de la mère sur l'entretien post natal précoce ainsi que leur avis sur la préparation à la naissance sur le thème des suites de couches.

Concernant la question 11 « Avez-vous rencontré des difficultés depuis le retour à domicile ? », les items proposés étaient choisis d'après la revue de la littérature de Arsac L. en 2015 sur les besoins et difficultés des femmes en post-partum.

Nous avons estimé pour la question 10 « Globalement, quel est votre état d'esprit depuis le retour à domicile ? » que si les femmes répondaient par « désemparée » ou « angoissée » elles avaient un mauvais état d'esprit tandis que si elles répondaient par « très en confiance » « assez rassurée » ou « un peu incertaine » elles avaient un bon état d'esprit. Cette question est issue du questionnaire établi par la CIANE en 2012.

5. Analyse des résultats

Nous avons établi une base de données grâce au logiciel Microsoft Excel 2016. Les données statistiques ont été analysées grâce au logiciel informatique GMRC Shiny Stats incluant et utilisant « R ». Le test de Fisher a été employé lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Dans le cas contraire, le test du khi-deux a été utilisé. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les questions 10,12 et 21 du questionnaire n°1 ont été analysées selon la méthode qualitative ainsi que les questions 16 à 19 et 21 à 23 du questionnaire n°2.

6. Aspects réglementaires, législatifs et principes éthiques

Une demande d'autorisation auprès du directeur adjoint de la protection des données des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg, Monsieur Polaina, a été faite et enregistrée sous le n°21-034. (ANNEXE V)

Par ailleurs, nous avons recueilli l'accord des coordinatrices en maïeutique des maternités de Haute-pierre et du CMCO respectivement, Madame Scheid ainsi que Madame Helmer-Haerrig avant de commencer notre étude.

Les réponses aux questionnaires étaient anonymes et la participation à l'étude était libre.

III. Résultats

1. Réponses obtenues aux questionnaires

150 questionnaires ont été distribués dans les maternités du CMCO et de Hautepierre. Parmi ceux-ci, 57 questionnaires n'ont pas été retournés et 3 questionnaires ont été exclus car ils ont été arrêtés avant la question n°17. Le taux de participation au questionnaire n°1 était donc de 60%. Nous avons pu contacter 62 patientes pour le questionnaire n°2 parmi les 90 questionnaires n°1 récupérés. Le taux de participation au questionnaire n°2 était donc de 68,9%. Finalement, 62 questionnaires ont été analysés.

Ceci est représenté dans le diagramme de flux ci-dessous.

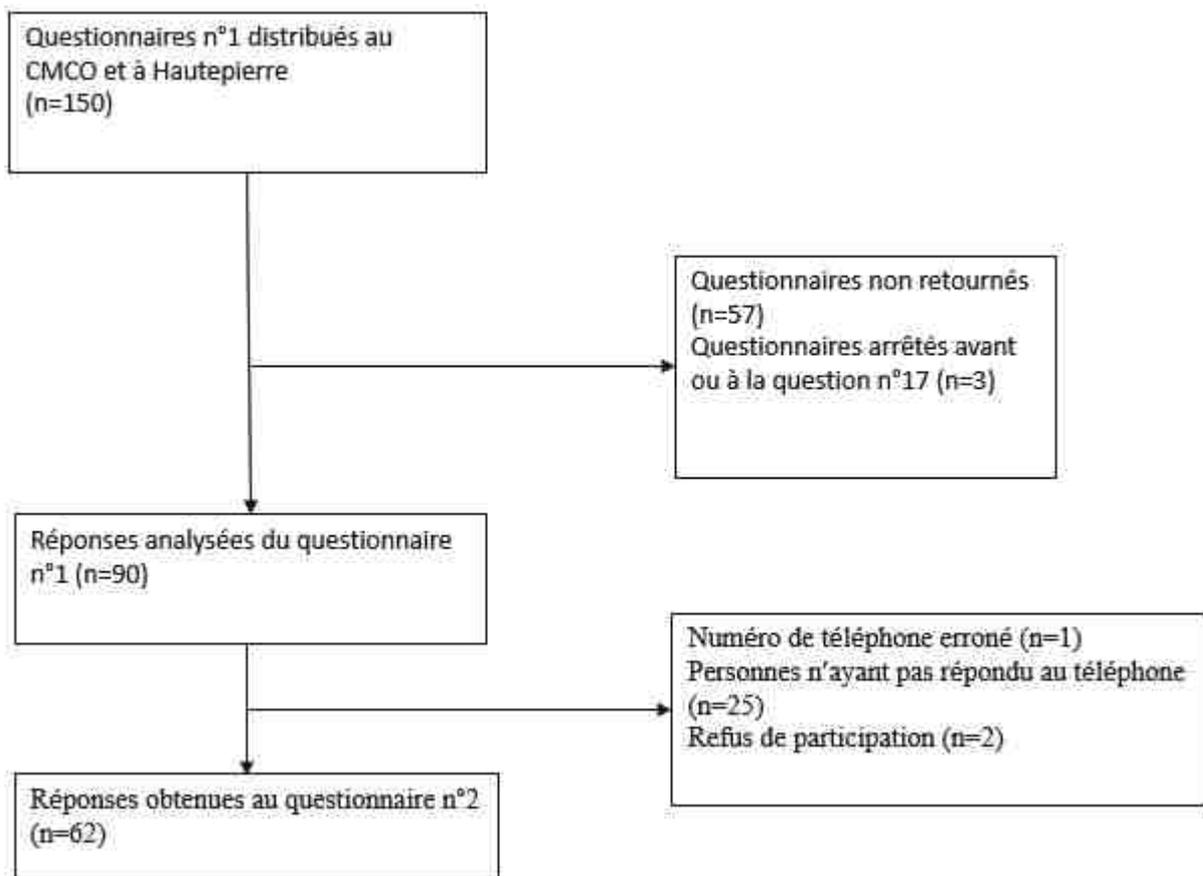


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques de la population

i. Caractéristiques sociodémographiques et parité

L'âge moyen des accouchées était de 30,7 +/-6,5 ans. Nous avons regroupé les âges en catégories. Ainsi, les catégories d'âge les moins nombreuses étaient représentées par les femmes âgées de 19 à 24 ans, qui étaient au nombre de 11 soit 17,7% et par les femmes de 45 à 49 ans qui étaient deux soit 3,2% de la population. Les femmes de 25 à 29 ans et de 30 à 34 ans étaient au nombre de 17 respectivement, soit 27,4%. Enfin, les femmes de 35 à 39 ans étaient au nombre de 15 soit 24,9%. Il n'y avait aucune femme âgée de 40 à 44 ans.

La moitié des répondantes dans cette étude, soit 31 personnes étaient primipares. Les 31 multipares avaient entre deux et six enfants. 23 femmes soit 37,1% des accouchées avaient deux enfants, cinq femmes soit 8,1% en avaient trois, deux femmes avaient quatre enfants et une femme avait six enfants.

L'étude recensait deux primipares ayant deux enfants au domicile en comptant l'enfant venant de naître. Les deux femmes avaient précisé qu'il s'agissait d'une famille recomposée.

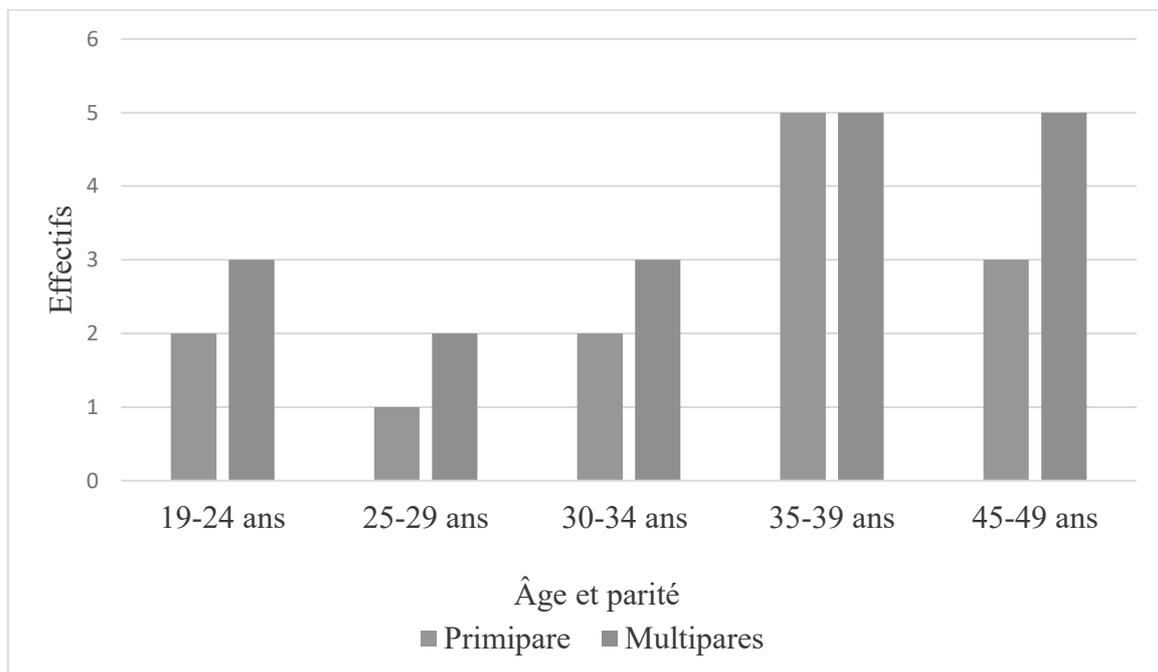


Figure 2 : Répartition de la population en fonction de l'âge et de la parité

Le nombre de primipares « âgées », c'est-à-dire de plus de 35 ans était de neuf, soit 14,5%. Le nombre de femmes âgées de moins de 20 ans était de trois (4,8%), il s'agissait de primipares.

La majorité des mères étaient en couple, uniquement trois femmes interrogées soit 4,8% de la population étaient seules.

En ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle, nous avons recensé quatre personnes (6,4%) exerçant une fonction d'artisan, commerçant, chef d'entreprise. La majorité des femmes (25,8%) exerçaient une fonction de cadre et profession intellectuelle supérieure. De plus, huit femmes (12,9%) exerçaient une profession intermédiaire. En outre, 13 femmes (21%) étaient employées et il en était de même pour les femmes sans activité professionnelle. Six femmes (9,7%) étaient ouvrières. Enfin, deux mères étaient étudiantes.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population et parité (n=62)

Critères descriptifs	Effectif n=62	%
Âge (ans)		
19-24	11	17,7%
25-29	17	27,4%
30-34	17	27,4%
35-39	15	24,2%
45-50	2	3,2%
Parité		
1	31	50%
2	23	37,1%
3	5	8,1%
4	2	3,2%
6	1	1,6%
Situation familiale		
En couple	59	95,2%
Seule	3	4,8%
Catégorie socioprofessionnelle		
Artisan/commerçante/cheffe d'entreprise	4	6,4%
Cadre et profession intellectuelle supérieure	16	25,8%
Profession intermédiaire	8	12,9%
Employée	13	21%
Ouvrière	6	9,7%
Sans activité professionnelle	13	21%
Autre : étudiante	2	3,2%

ii. Voie d'accouchement, vécu et durée du séjour de la population

En ce qui concerne la voie d'accouchement, 67,7% des patientes ont accouché par voie basse non instrumentale, 16,1% par voie basse instrumentale et 16,1% par césarienne.

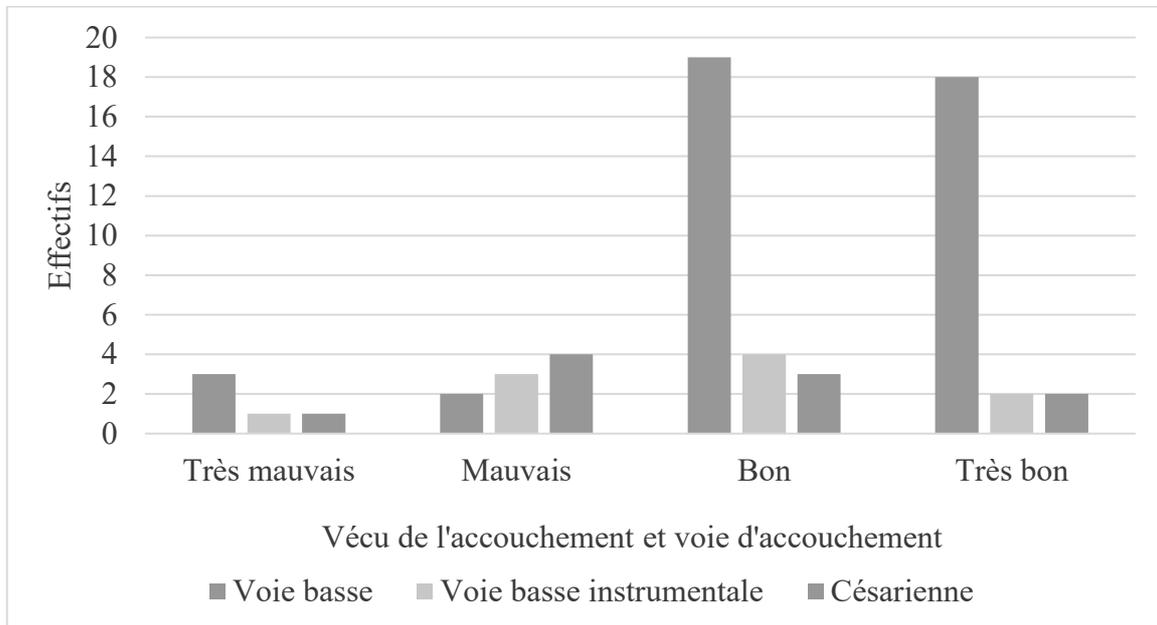


Figure 3 : Vécu de l'accouchement en fonction de la voie d'accouchement

Concernant le vécu de l'accouchement, 22,6% des mères en ont un mauvais ou très mauvais vécu. Les femmes ayant accouché par voie basse ont statistiquement un meilleur vécu de l'accouchement (p valeur 0,046).

La durée moyenne du séjour était de 3,4 jours. La sortie de maternité se faisait en majorité à J3, ce qui concernait 51,6% des répondantes. Une partie des mères avait bénéficié d'une sortie précoce à J2, les huit femmes en question (12,9%) avaient accouché par voie basse non instrumentale. 19,4% des femmes étaient sorties à J4, 11,3% à J5 et 4,8% à J6 ou plus. Aucune femme ayant accouché par césarienne n'avait bénéficié d'une sortie précoce à J3.

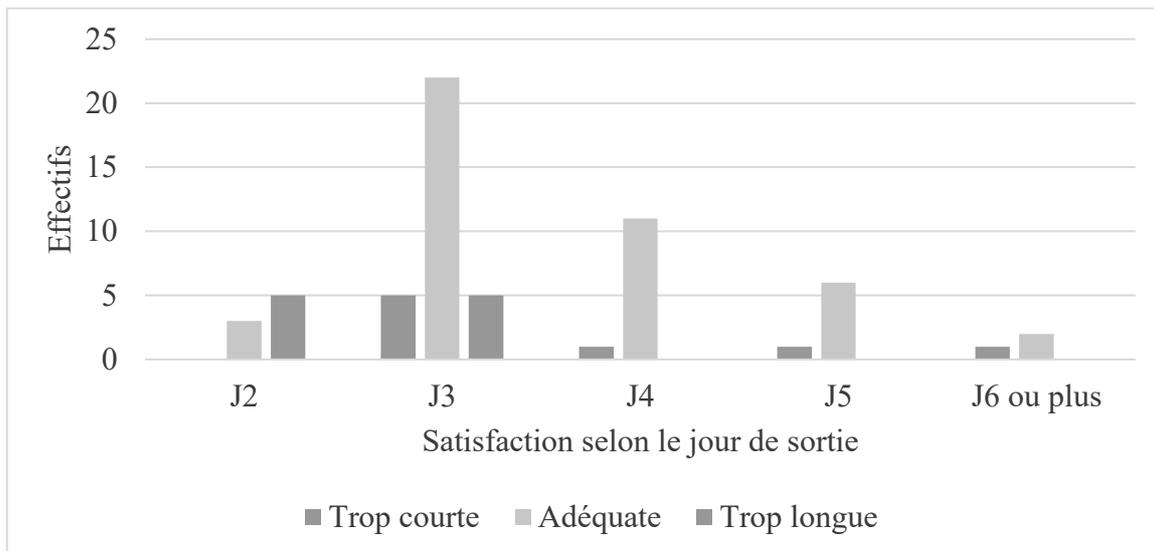


Figure 4 : Satisfaction des femmes concernant la durée du séjour selon la durée du séjour

Globalement, 71% des patientes estiment que la durée de leur séjour en maternité était adéquate. En revanche, 12,9% des interrogées trouvent leur séjour en majorité trop court et 16,1% le trouvent trop long. La majorité des accouchées estiment qu'une sortie à J3 est adéquate. Cinq femmes, soit 8,1% estimaient qu'une sortie à J2 correspondait à un séjour en maternité trop long et une femme estimait qu'une sortie à J6 ou plus correspondait à un séjour trop court.

iii. Caractéristiques psychologiques et satisfaction de la population

Premièrement, 75,8% des mères estimaient que l'attention portée à leur bien-être physique par les professionnels de santé était suffisante, 21% estimaient qu'elle était moyenne et 3,2% insuffisante.

De même, 66,1% des accouchées estimaient l'attention portée à leur bien-être psychologique suffisante, 16,1% l'estimaient moyenne et 17,7% insuffisante.

De plus, 87,1 % des patientes ont estimé qu'elles avaient pu exprimer leur crainte quant au retour à domicile. Enfin, 32 femmes, soit 51,6% n'avaient pas suivi de cours de préparation à la naissance sur le thème des suites de couches.

En ce qui concerne la satisfaction des patientes, 83,9% des patientes considéraient que le séjour en maternité avait répondu à leurs attentes. Environ la moitié des femmes interrogées (51,6%) estimaient la durée de l'entretien de sortie satisfaisante, 43,6% la jugeaient plutôt satisfaisante et trois femmes, soit 4,8% l'estimaient insuffisante. De plus cinq femmes (8,1%) jugeaient ne s'être pas senties disponibles et concentrées lors de l'entretien de sortie.

Enfin, concernant les conseils maternels donnés en maternité par les professionnels de santé, un peu plus d'un quart des femmes (25,8%) n'en était pas satisfaites.

iv. Groupe des perdus de vue

Les perdus de vue dans cette étude étaient au nombre de 28. Il s'agissait des femmes ayant répondu au questionnaire n°1 mais qui n'ont pas répondu au questionnaire n°2. Nous avons comparé ces deux groupes sur un ensemble de variables dont les tableaux sont en annexe (ANNEXE V). Il ressort de cette comparaison une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'âge et la durée du séjour.

Tableau II : Facteurs statistiquement différents entre le groupe des femmes ayant répondu aux deux questionnaires et le groupe des perdus de vue

Critères descriptifs	Femmes ayant répondu aux deux questionnaires n=62	Perdus de vue n=28	p valeur
Âge (ans)			0,00
Âge (moyenne+/- écart type)	30,7+/-6,6	31,1 +/-5,5	
19-24	11(17,7%)	5(17,9%)	
25-29	17(27,4%)	9(32,1%)	
30-34	17(27,4%)	7(25%)	
35-40	15(24,2%)	9(32,1%)	
41-44	0	0	
Jour de sortie			0,02
J2	8(12,9%)	6(21,4%)	
J3	32(51,6%)	16(57,1%)	
J4	12(19,4%)	3(10,7%)	
J5	7(11,3%)	2(7,1%)	
J6 ou plus	3(4,8%)	1(3,6%)	

Il y a statistiquement plus de femmes âgées de 35-40 ans et de femme âgées de 45 à 50 ans dans le groupe ayant répondu aux deux questionnaires. Il en est de même concernant le jour de

sortie ; les femmes étant sorties à J2 et J3 sont statistiquement plus nombreuses dans le groupe des perdus de vue.

3. Facteurs impactant la préparation au retour à domicile des accouchées

La préparation au retour à domicile a été évaluée par la question 17 du questionnaire n°1 « Sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure vous sentez-vous prête à rentrer à domicile ? ». La moyenne obtenue à cette question était de 6,8 avec un écart type de 2,6. La médiane obtenue à cette question était de 5. Les femmes ayant répondu 4 ou moins étaient considérées comme mal préparées au retour à domicile. Ainsi, 13 femmes ne se sentaient pas prêtes pour le retour à domicile, soit 21%.

Nous avons résumé les facteurs étudiés dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : Facteurs impactant la préparation au retour à domicile (n=62)

Facteurs	Bonne préparation au RAD (n=49)	Mauvaise préparation au RAD (n=13)	p valeur
Primiparité	n=23 (46,9%)	n=8 (61,5%)	0,53
Primiparité âgée	n=6 (12,2%)	n=3 (23,1%)	0,38
Femme seule	n=1 (2%)	n=2 (15,4%)	0,11
Accouchement par césarienne	n=8 (16,3%)	n=2 (15,3%)	1
Durée du séjour estimée trop courte	n=2 (4,1%)	n=6 (46,2%)	0,001
Sortie précoce	n=7 (14,3%)	n=1 (7,7%)	1
Mauvais vécu de l'accouchement	n=9 (18,4%)	n=5 (38,5%)	0,15
Non réponse aux attentes	n=3 (6,1%)	n=7 (53,8%)	0,0003
Insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité	n=6 (12,2%)	n=10 (76,9%)	0
Quantité de conseils insuffisante	n=9 (18,4%)	n=9 (69,2%)	0,0009
Durée de l'entretien de sortie trop courte	n=2 (4,1%)	n=1 (7,7%)	0,51
Pas concentrée et disponible lors de l'entretien de sortie	n=4(8,2%)	n=1(7,7%)	1
Non possibilité d'expression des craintes quant au retour à domicile	n=2 (4,1%)	n=6 (46,2%)	0,0006
Attention insuffisante portée au bien-être psychologique	n=3 (6,1%)	n=8 (61,5%)	0
Attention insuffisante portée au bien-être physique	n=0	n=2 (15,3%)	0,04
Absence de PNP sur le thème des suites de couches	n=24 (49%)	n=8 (61,5%)	0,53

Ainsi, il existe un lien statistiquement significatif entre une mauvaise préparation au retour à domicile et une durée de séjour estimée trop courte, une absence de réponse aux attentes des

accouchées quant au séjour en maternité, une insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité, une quantité de conseils insuffisante, une durée de l'entretien de sortie estimée trop courte. De plus, une association statistiquement significative est retrouvée avec une impossibilité pour l'accouchée d'exprimer ses craintes quant au retour à domicile, une attention portée au bien-être psychologique estimée insuffisante. Il en est de même pour l'attention portée au bien-être physique.

4. Facteurs impactant l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile entre J10 et J15

La question 10 sondait l'état d'esprit des accouchées depuis le retour à domicile. Celles-ci avaient comme choix de réponse « Très en confiance » « Assez rassurée » « Un peu incertaine » « Désemparée » ou « Angoissée ». La majeure partie des accouchées entre J10 et J15 se disaient « assez rassurées » ou « un peu incertaines », respectivement 35,5% et 32,3%. Onze accouchées se sentaient « désemparées » ou « angoissées », soit respectivement 4,8% et 12,9%. Nous avons estimé que les accouchées se sentant désemparées ou angoissées avaient un mauvais état d'esprit à domicile, elles sont ainsi 17,7% dans ce cas.

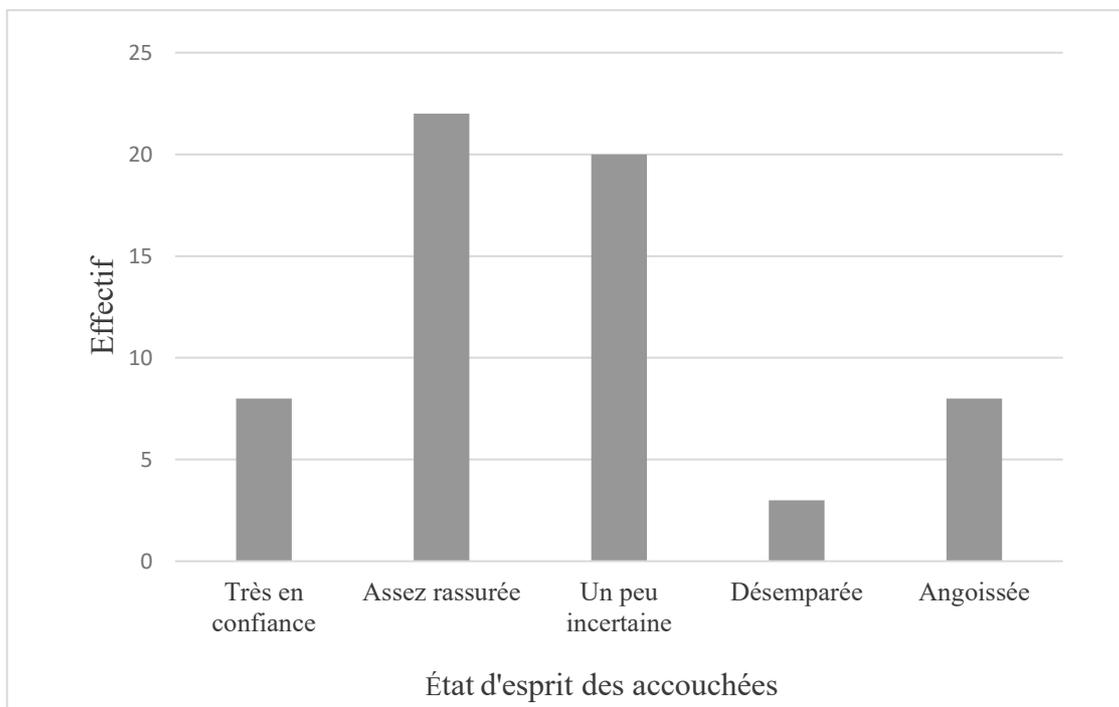


Figure 5 : État d'esprit des accouchées au retour à domicile depuis le retour à domicile

i. Variables du questionnaire n°1 impactant l'état d'esprit au retour à domicile

L'ensemble des facteurs étudiés du questionnaire n°1 ainsi que la p valeur associée sont résumés dans le tableau IV.

Tableau IV : Facteurs impactant l'état d'esprit au retour à domicile : variables du questionnaire n°1

Facteurs	Bon état d'esprit	Mauvais état d'esprit	p valeur
	(n=51)	(n=11)	
Âge ≤20 ans	n=3(5,9%)	n=0	0,24
Primiparité	n=25(49%)	n=6(54,5%)	0,17
Primiparité âgée	n=7(13,7%)	n=2(18,2%)	0,65
Femme seule	n=2(3,9%)	n=1(9,1%)	0,45
Mauvais vécu de l'accouchement	n=9(17,6%)	n=5(45,5%)	0,10
Césarienne	n=9(17,6%)	n=1(9,1%)	0,67
Sortie précoce	n=8(15,7%)	n=0	0,33
Durée de séjour en maternité estimée trop courte	n=3(5,9%)	n=5(45,5%)	0,003
Insatisfaction des conseils donnés en maternité	n=9(17,6%)	n=7(63,6%)	0,004
Non possibilité d'expression des craintes quant au RAD	n=5(9,8%)	n=3(27,2%)	0,003
Mauvaise préparation au RAD	n=6(11,8%)	n=7(63,6%)	0,001
Absence de réponse aux attentes	n=4(7,8%)	n=6(54,5%)	0,001
Quantité de conseils insuffisante	n=9(17,6%)	n=9(81,9%)	0,0001
Attention portée au bien être psychologique insuffisante	n=5(9,8%)	n=6(54,5%)	0,002
Attention portée au bien-être physique insuffisante	n=1(2%)	n=2(18,2%)	0,03
Absence de PNP	n=25(49,1%)	n=7(63,6%)	0,51

Nous retrouvons un lien statistiquement significatif entre un mauvais état d'esprit au retour à domicile et une durée de séjour estimée trop courte, une insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité, une quantité de conseils insuffisante, une impossibilité d'expression des craintes quant au retour à domicile, une absence de réponse aux attentes et une durée de l'entretien de sortie estimée trop courte par l'accouchée. De plus, un lien statistiquement significatif est retrouvé entre un mauvais état d'esprit et une mauvaise préparation au retour à domicile. Enfin, il existe une association statistiquement significative entre un mauvais état d'esprit au retour à domicile et une attention estimée comme insuffisante au bien-être physique et psychologique de l'accouchée.

**ii. Facteurs impactant l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile :
variables du questionnaire n°2**

De la question 1 à la question 4 du questionnaire n°2, nous interrogeons les femmes sur la présence du co-parent et de leur entourage les premiers jours suivant le retour à domicile et si ces présences leur semblaient indispensables.

Ainsi, 56 femmes (90,3%) étaient entourées de leur conjoint les jours qui ont suivi le retour à domicile, toutes trouvaient cette présence indispensable. Cependant, 6 femmes n'avaient pas pu être entourées de leur conjoint ; il s'agissait de trois femmes célibataires et trois femmes dont le conjoint avait des obligations professionnelles.

D'autre part, seul l'entourage de 24 femmes était présent les jours suivant la sortie de maternité. Vingt femmes ont trouvé cette présence indispensable, dont 17 primipares et trois multipares.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'absence du conjoint les jours suivants le retour à domicile et le mauvais état d'esprit au retour à domicile (p valeur = 0,29). Il en est de même pour l'absence de l'entourage (p valeur = 1).

Les questions 5, 6 et 7 permettaient de savoir si les femmes avaient bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme et si celui-ci leur avait semblé indispensable. Ainsi, 50 femmes (80,6%) avaient bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale qu'elles connaissaient, et 9 femmes soit 14,5% avaient bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme du PRADO qu'elles ne connaissaient pas. Enfin, trois femmes n'avaient pas souhaité avoir de suivi à domicile et ne l'avaient pas regretté. Toutes les femmes ayant eu un suivi à domicile ont trouvé cela indispensable.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre l'absence de suivi à domicile et un mauvais état d'esprit au retour à domicile. (p valeur 0,45)

Les questions 8 et 9 avaient pour objectif de déterminer si les femmes avaient reçu le document récapitulant les informations du post-partum (ANNEXE I) distribué en maternité et si oui, s'il avait été utile. Quarante femmes avaient reçu le document, et 32 femmes (80%) le trouvaient utile. Parmi les huit femmes qui ne le trouvaient pas utile, cinq mères ne l'avaient pas lu et trois femmes l'avaient lu mais ne le trouvaient pas utile.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir reçu le document récapitulant les informations du post-partum et l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile. (p valeur =1)

La question 11 portait sur les difficultés depuis le retour à domicile. Lorsqu'elles ont été interrogées, les accouchées pouvaient en exprimer plusieurs. Parmi les femmes interrogées, 55 femmes (88,7%) ont déclaré avoir éprouvé des difficultés depuis le retour à domicile. Parmi les femmes ayant rencontré des difficultés, 31 étaient primipares et 24 multipares. La difficulté majoritairement rencontrée était la fatigue (n=35) dont les multipares étaient les plus touchées. Ensuite venaient les inquiétudes (n=17) qui concernaient plus les primipares que les multipares, puis la baisse de moral (n=9) qui était plus marquée chez les primipares. Les difficultés dans la transformation physique après l'accouchement étaient plus présentes chez les primipares (n=5) que chez les multipares (n=3). De façon plus minoritaire, les accouchées rencontraient des difficultés dans les tâches ménagères (n=5), un baby blues (n=3), et deux multipares avaient des difficultés dans leur couple.

Dans la catégorie « Autres », les multipares évoquaient des difficultés dans la gestion de l'intendance, la gestion de la fratrie. Trois primipares exprimaient des difficultés quant à leur peur des nouvelles responsabilités, et une femme primipare exprimait ses difficultés concernant des douleurs périnéales persistantes. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les difficultés rencontrées au retour à domicile et l'état d'esprit des femmes. (p valeur 0,33)

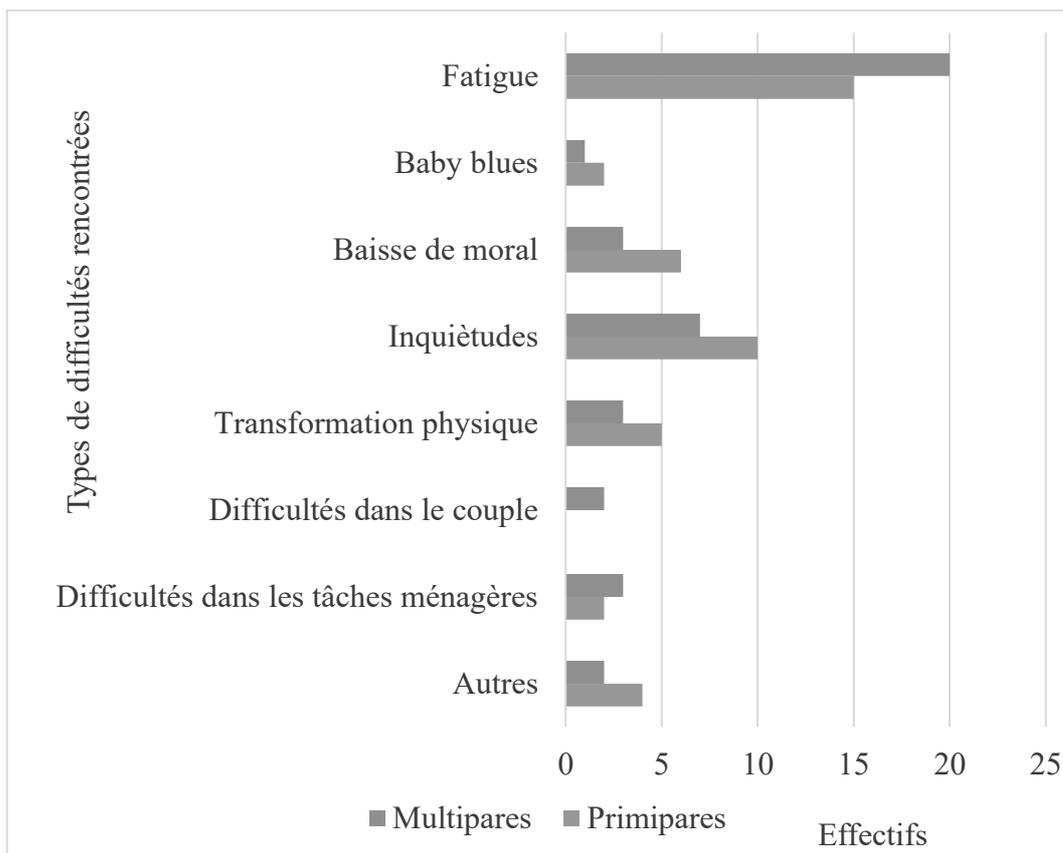


Figure 6 : Difficultés rencontrées par les accouchées au retour à domicile

Tableau V : Facteurs impactant l'état d'esprit au retour à domicile : variables du questionnaire n°2

Facteurs	Bon état d'esprit (n=51)	Mauvais état d'esprit (n=11)	p valeur
Co-parent non présent	n=4(78,4%)	n=2(18,2%)	0,29
Entourage non présent	n=31(60,8%)	n=7(63,6%)	1
Absence de suivi à domicile	n=2(3,9%)	n=1(9,1%)	0,45
Document informatif distribué en maternité	n=33(64,7%)	n=7(63,6%)	1
Difficultés au retour à domicile	n=44(86,3%)	n=11(100%)	0,33

5. Points d'améliorations pour le séjour en maternité

i. Insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité

La question n°12 du questionnaire n°1 permettait d'évaluer la satisfaction des accouchées par rapport aux conseils donnés en maternité. 16 accouchées sur 62 soit 25,8% n'étaient pas satisfaites de plus de 50% des conseils donnés.

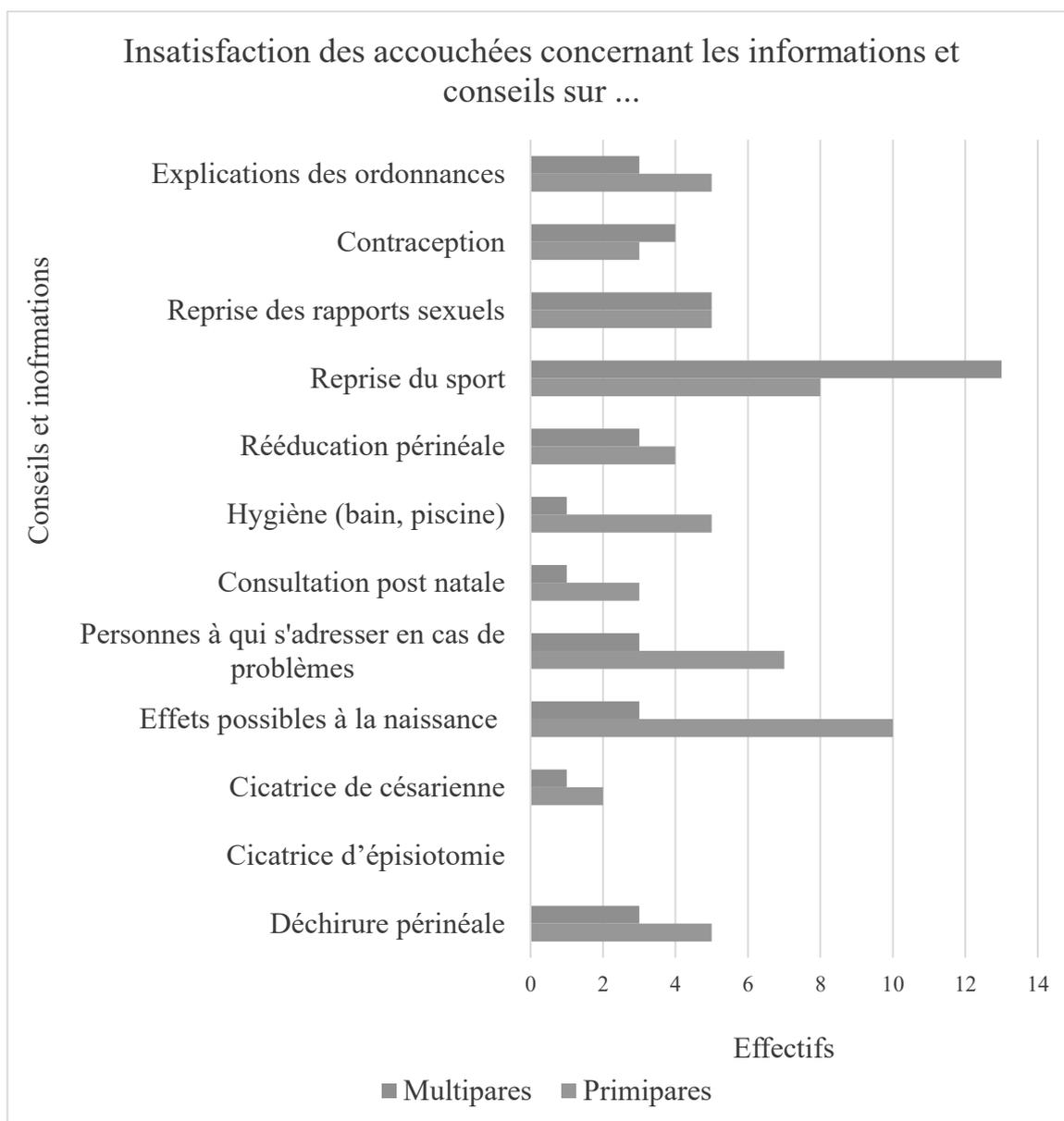


Figure 7 : Insatisfaction des accouchées concernant les conseils et informations donnés en maternité

En première position, les conseils concernant la reprise du sport sont ceux dont les accouchées étaient le plus insatisfaites (n=21). En deuxième position les femmes, majoritairement

primipares, étaient insatisfaites des conseils concernant les effets possibles à la naissance (poids, fatigue, sommeil, suites de couches) (n=13). En troisième position, les femmes, notamment primipares, étaient insatisfaites des informations sur les personnes à qui s'adresser en cas de problème(n=10) et des conseils sur la reprise des rapports sexuels (n=10). Ensuite, en moindre mesure, quelques accouchées étaient insatisfaites des conseils concernant la déchirure périnéale (n=8)et de la cicatrice de césarienne (n=3), la contraception(n=7), l'explication des ordonnances(n=8), la consultation post natale(n=4), la rééducation périnéale(n=4) et les informations sur l'hygiène (n=6).

ii. Information et conseils insuffisants

Au travers de la question 13 nous avons également évalué la quantité de conseils et informations donnés. Nous avons estimé que si plus de 50% des informations énoncées dans le tableau n'avaient pas été données, la quantité d'informations donnée était insuffisante. Nous avons exclu du calcul les informations pour lesquelles les femmes avaient coché « non concernée ».

Ainsi, 18 femmes avaient coché la case « ce conseil n'a pas été évoqué » pour plus de 50% des conseils énoncés dans le tableau. Il s'agissait en majorité des conseils portant sur la reprise des rapports sexuels, puis les personnes à qui s'adresser en cas de problèmes, ensuite les conseils sur la reprise du sport. En moindre mesure, il s'agissait des effets possibles à la naissance (poids, fatigue, sommeil...) et la consultation postnatale.

iii. Attentes des accouchées pour le séjour en maternité

La question 10 du questionnaire n°1 portait sur les attentes des accouchées quant au séjour en maternité. Nous avons retrouvé quatre catégories en terme d'attentes des accouchées.

L'attente principale des accouchées concernait l'attitude du personnel, 35 attentes dans cette catégorie ont été recensées. Celles-ci avaient pour attente un personnel médical « à l'écoute » « avec une attitude bienveillante » « soutenant ». Elles attendaient également du personnel une « bonne disponibilité » ainsi qu'un « suivi personnalisé » et le « respect d'un temps de repos ».

Deuxièmement, les accouchées avaient pour attente des conseils adaptés (32 attentes) : ceux-ci concernaient l'allaitement, l'organisation, la cicatrisation du périnée et de la cicatrice de césarienne, la gestion des temps de sommeil et repos, les rendez-vous médicaux à prendre dans le post-partum.

Les accouchées s’attendaient également à une prise en charge médicale de qualité (30 attentes dans ce thème) avec notamment une prise en charge de la douleur, une bonne hygiène. Deux patientes ont cité le souhait du passage d’un kinésithérapeute ou ostéopathe pour soulager le dos et le bassin.

Enfin, les accouchées avaient des attentes en terme d’accompagnement psychologique (12 attentes dans cette catégorie) ; dans le fait de devenir parent, la réassurance, la bonne préparation au retour à domicile, la prise en compte de leurs émotions.

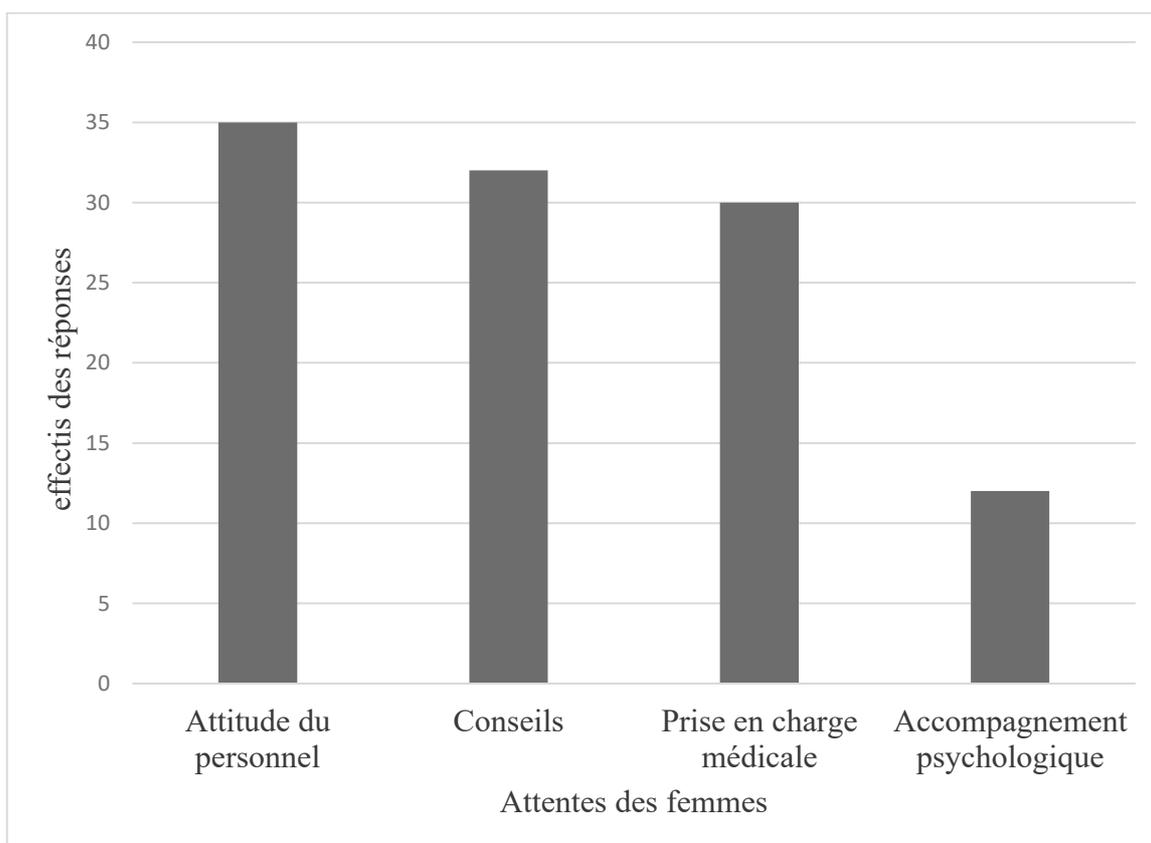


Figure 8 : Attentes des accouchées quant au séjour en maternité

iv. Non-respect des attentes des accouchées quant au séjour en maternité et questions résiduelles

Dans la question 12, nous avons recherché si des attentes n’étaient pas respectées. C’était le cas pour 10 accouchées.

Trois accouchées avaient déploré l’attitude du personnel : deux considéraient qu’il y avait « trop de passage dans les chambres », qu’il était « difficile de trouver du temps pour se reposer ». Une accouchée estimait que sa pudeur avait été peu respectée.

Six femmes estimaient que le personnel n'avait pas répondu à leurs attentes en terme de conseils : ainsi, deux accouchées évoquaient des « conseils divergents pour l'allaitement ». Deux femmes étaient déçues de ne pas avoir eu un accompagnement satisfaisant pour l'allaitement « on me montrait toujours la même position, c'est dommage » « j'étais livrée à moi-même pour l'allaitement, le personnel n'avait pas le temps ». Une femme exprimait son mécontentement par rapport aux conseils sur la contraception « la contraception devrait être proposée et non imposée, je me suis sentie obligée d'en avoir une. J'ai précisé que je n'en voulais pas et on m'en a quand même prescrit au cas où... ». Une autre femme disait s'être sentie infantilisée lors de la discussion sur la contraception « la sage-femme a beaucoup insisté sur la pilule en disant que je pouvais vite tomber enceinte, comme si elle s'adressait à une adolescente. Je lui ai pourtant dit que je ferai attention jusqu'à ce que je puisse avoir un stérilet ».

Concernant les attentes dans l'accompagnement psychologique : une accouchée estimait qu'elle avait eu « un bon accompagnement pour le retour à la maison sur le plan technique, mais pas psychologique ».

La question 21 abordait la présence de questions résiduelles des accouchées avant le retour à domicile. 10 accouchées avaient encore des questions. Trois femmes n'ont cependant pas précisé quelles étaient leur question.

Celles-ci concernaient en majorité l'allaitement « Comment fonctionne le tire-lait ? » « Quelle alimentation avoir si on allaite ? » « L'alcool est autorisé si on allaite ? » « Je n'ai pas eu d'explications claires sur l'allaitement mixte ». Certaines questions concernaient le corps après l'accouchement « les saignements durent combien de temps ? » « Les contractions après l'accouchement vont continuer tant que j'allaiterai ? ».

6. Points d'amélioration pour le retour à domicile

Les réponses aux questions suivantes sont issues du questionnaire n°2.

Au travers des questions 12, 13 et 14 nous avons interrogé les accouchées sur la présence d'une ou plusieurs consultations avec un professionnel de santé pour leur bien-être physique ou mental depuis le retour à domicile.

Trois accouchées avaient consulté un professionnel de santé. Il s'agissait d'une primipare et de deux multipares. Parmi elles, deux ont consulté un ostéopathe et une femme un

kinésithérapeute. Les raisons concernaient des douleurs au dos ou au bassin. Dans les trois cas il s'agissait d'une unique consultation et les trois femmes savaient à qui s'adresser.

Recherche d'informations par d'autres ressources comme internet ou des magazines (questions 15 et 16)

Vingt-cinq accouchées, soit 40,3% des femmes interrogées avaient recherché des informations par internet. Les informations recherchées ont été regroupées en trois catégories qui sont l'allaitement (12 recherches), le corps après l'accouchement (10 recherches) et des informations d'ordre médical (5 recherches).

Concernant l'allaitement, les informations recherchées par les accouchées étaient des moyens de soulager des douleurs liées à l'allaitement, comment gérer un arrêt de l'allaitement maternel pour un allaitement mixte. Des femmes avaient aussi recherché des informations sur l'utilisation du tire-lait, des coquillages d'allaitement, et d'un bout de sein en silicone. Enfin, une femme avait recherché via des vidéos sur internet des techniques de portage pour allaiter.

A propos du corps après l'accouchement, les informations recherchées étaient les sports possibles après l'accouchement, des méthodes de bandage du bassin pour soulager le bassin, des exercices pour soulager le dos après l'accouchement, comment favoriser la perte de poids après l'accouchement. Deux accouchées avaient également été inquiètes d'une perte de cheveux depuis l'accouchement et avaient cherché des informations.

Les informations d'ordre médical recherchées étaient comment favoriser la résorption des hémorroïdes, quels remèdes naturels utiliser pour éviter la constipation. Une accouchée pensait avoir une infection urinaire et avait regardé les signes d'infection urinaire. Une accouchée avait un traitement antihistaminique et voulait vérifier la compatibilité avec l'allaitement. De la même manière, une autre femme avait vérifié la compatibilité d'un antalgique avec l'allaitement.

Il existe un lien statistiquement significatif entre la recherche d'information par les femmes et l'information insuffisante en ce qui concerne les conseils donnés en maternité (p valeur 0,02). De la même manière, une association a été retrouvée entre la recherche d'informations par les femmes et l'insatisfaction concernant les conseils donnés en maternité (p valeur 0,003).

Opinion des accouchées sur l'allongement du congé paternité (question 17)

57 femmes interrogées y étaient favorables, trois ne savaient pas et deux femmes étaient contre. Les aspects positifs mis en avant par les femmes pour l'allongement du congé paternité étaient

d'une part pour 40 accouchées l'aide apportée par leur conjoint, il s'agissait d'une aide « pour la cuisine », « les courses », « l'intendance ». Pour 11 accouchées cette aide apportée par le conjoint leur permettait un temps de repos, elles relataient ainsi pouvoir se reposer « surtout la nuit » « temps de repos ». D'une autre part, 12 femmes ont évoqué se sentir rassurée par la présence de leur conjoint, elles se sentaient ainsi « soutenue », « rassurée », « moins seule ». Pour finir, 5 accouchées mentionnaient l'importance du congé paternité pour la construction de leur famille ; les expressions qui revenaient étaient « bien entourée » « famille soudée », « rester ensemble », « intimité ». Les deux femmes qui étaient contre l'allongement du congé paternité étaient multipares. Les deux ont évoqué le fait qu'elles ne ressentaient pas forcément le besoin de la présence de leur conjoint et l'une d'elle estimait qu'il s'agissait d'une perte de revenus.

Opinion des femmes quant à la préparation à la naissance sur le thème des suites de couches (questions 18 et 19)

Trente femmes avaient suivi un cours de préparation à la naissance sur le thème des suites de couches, 27 femmes (90%) avaient trouvé le cours utile. Les arguments évoqués étaient d'être bien informées (sur le post-partum, le déroulement du séjour, le rythme de l'enfant), d'avoir ainsi moins « peur de l'inconnu », d'avoir des notions sur l'allaitement, des notions sur les soins de puériculture, mais aussi la « mise en confiance ».

Parmi les 32 femmes qui n'avaient pas suivi de cours, 20 femmes regrettaient de ne pas en avoir suivi. Douze femmes évoquaient le fait que les cours leur auraient été bénéfiques pour avoir « moins de stress », « plus d'informations », une « meilleure préparation ». Deux femmes jugeaient le séjour en maternité court « autant d'informations ». Six femmes n'ont pas précisé pourquoi elles auraient préféré suivre des cours. Les 12 femmes qui n'avaient pas de regret quant à l'absence de cours de PNP estimaient que le passage de la sage-femme libérale suffisait (8 femmes) et que le séjour en maternité était suffisant (4 femmes).

Informations supplémentaires que les femmes auraient aimé recevoir pendant le séjour en maternité (question 21)

Vingt accouchées ont répondu positivement à cette question. Les informations qu'elles auraient souhaité avoir pendant le séjour en maternité concernaient l'allaitement (8 femmes), une sensibilisation sur l'aspect psychologique du post-partum (5 femmes), les informations d'ordre médical (6 femmes) et des informations sur le corps après l'accouchement (1 femme)

Ainsi, concernant l'allaitement, une accouchée aurait souhaité des informations « plus pointues », une autre « plus de pédagogie ». Une autre mère aurait souhaité davantage « d'aide pratique », quatre autres patientes auraient souhaité être mieux préparées à l'allaitement pour le retour à domicile, estimant que les conseils se limitaient au séjour mais pas pour l'après. Une autre femme exprimait la même idée concernant l'allaitement au biberon, jugeant qu'on lui avait expliqué les quantités de biberon adaptées pour les premiers jours en maternité, mais pas assez pour le retour à domicile. Elle aurait aimé avoir des informations pour les 15 premiers jours. Concernant l'aspect psychologique, une multipare avait déploré le fait de ne pas avoir été sensibilisée à la dépression du post-partum, estimant que « pourtant c'est essentiel ». Quatre autres femmes auraient aimé avoir pu parler du vécu de leur accouchement. Trois femmes auraient aimé être plus informées sur la durée des tranchées et deux femmes sur la durée des saignements. Une accouchée regrettait qu'on ne l'ait pas informée des « astuces naturelles » contre la constipation (marchepied, fibres). Une primipare aurait aimé que les professionnels de maternité parlent aussi de l'état du corps après l'accouchement, notamment sur l'état de l'abdomen après l'accouchement « ce ventre vide » et des vergetures.

Besoins des femmes au retour à domicile : « qu'est ce qui aurait pu vous aider depuis que vous êtes rentrée à domicile ? » (Question 22)

Les accouchées pouvaient donner plusieurs réponses. 15 femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir de besoin particulier.

Les deux besoins principaux mis en avant par les accouchées étaient d'être plus entourées par leurs proches (n=23), notamment pour les primipares et d'avoir plus de temps pour soi (n=23) ; ce dernier besoin concernait d'avantage les multipares. De plus, les femmes mettaient en avant le besoin d'être plus aidées par leurs proches (n=10). De surcroit, les femmes avaient besoin d'aide pour l'accomplissement des tâches ménagères (n=8). Enfin, dans la catégorie « autres », une femme avait exprimé le besoin d'avoir plus de temps pour se reposer, une autre aurait eu besoin d'avoir plus de suivi sur l'allaitement et regrettait de ne pas avoir eu plus d'informations sur ce sujet avant la naissance de son enfant. Pour finir, une femme primipare aurait eu besoin d'un suivi plus rapproché à domicile avec un professionnel de santé qui passerait à domicile tous les jours pour « se rassurer ».

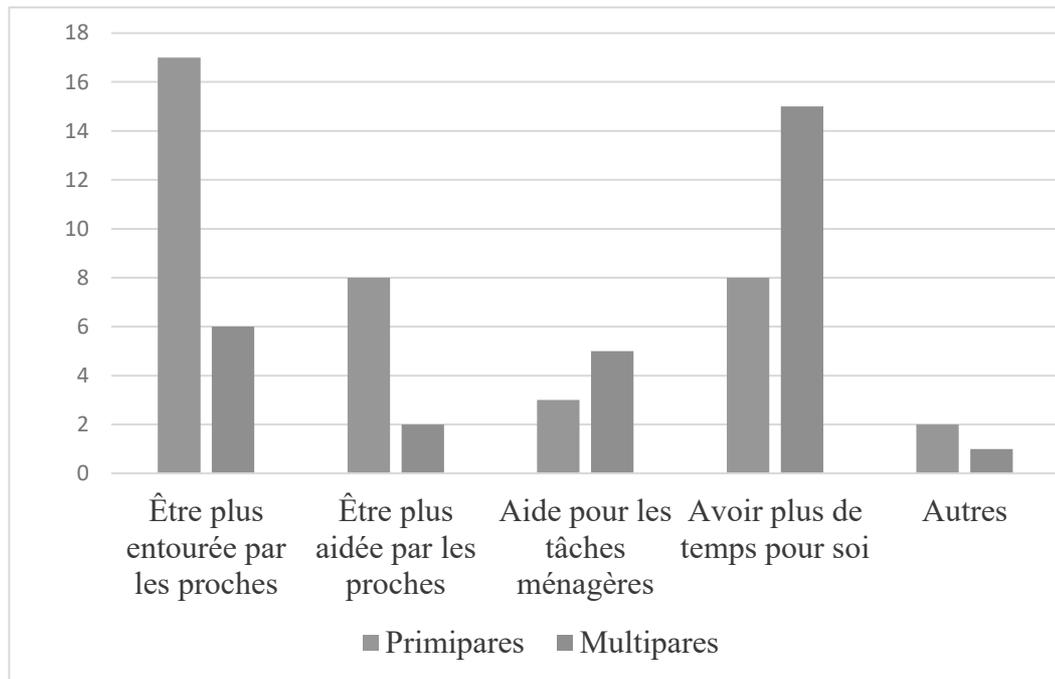


Figure 9 : Besoin des accouchées au retour à domicile

Avis des femmes sur l'entretien post natal précoce (question 23)

Neuf femmes (14,5%) étaient contre cet entretien. Parmi les femmes étant contre, trois femmes étaient âgées de 19 à 22 ans et les six autres avaient 35 ans ou plus. Sept d'entre elles étaient multipares. Toutes avaient bien ou très bien vécu l'accouchement et toutes avaient un bon état d'esprit au retour à domicile. Les raisons invoquées étaient d'une part la « perte de temps » quand les rendez-vous du post-partum s'enchaînent. D'une autre part, cinq multipares n'en voyaient pas l'intérêt. Les trois femmes âgées de 19 à 22 ans se disaient « bien entourées », « bien suivies », « soutenues » par leur famille ou la sage-femme libérale et n'auraient pas vu l'utilité de l'entretien post natal précoce.

IV. Discussion

1. Caractéristique de la population

Âge

L'âge moyen des participantes dans notre étude est de 30,7 +/-6,5 ans, ce qui est proche de la moyenne d'âge des accouchées aux HUS qui est de 31 +/- 5 ans en 2021(ANNEXE VI), ainsi que de la moyenne d'âge nationale des accouchées, s'élevant à 30,9 ans en 2021 d'après l'INSEE (23).

Parité

D'après l'enquête périnatale de 2016, 42,2% des femmes ayant accouché en France métropolitaine étaient primipares, contre 50% dans notre étude. Il y a donc un écart avec l'enquête nationale de 2016, néanmoins, le taux de natalité baisse d'années en années donc en cinq ans nous pouvons supposer que le taux de primiparité aura changé ; l'enquête périnatale de 2021 dont le rapport sortira en automne 2022 nous donnera des données sur ce point. Nous pouvons aussi expliquer cette différence de taux de primiparité par le fait que les primipares du fait de leur primo expérience avec le post partum étaient peut-être plus intéressées et disponibles pour l'étude que les multipares.

Situation familiale

Dans notre étude tout comme au national, la majorité des femmes vivaient en couple, cela représentait 95,2% des femmes de notre étude et 91,6% au national d'après l'enquête périnatale 2016.(13)

Catégorie socioprofessionnelle

Dans notre étude, 21% des femmes étaient sans activités professionnelles, contre 47% dans l'enquête Emploi de l'INSEE(24). La répartition dans les catégories socioprofessionnelles est également différente. Dans notre population, les cadres étaient les plus nombreuses, suivies des employées et les femmes exerçant une profession intermédiaire. Au niveau national, ce sont les employées qui sont le plus représentées, puis les professions intermédiaires puis les cadres. Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les femmes cadres sont peut-être plus informées sur le post-partum et ainsi plus volontaires pour participer à l'étude.

Voie d'accouchement

Dans notre étude, 67,7% des femmes ont accouché par voie basse non instrumentale, 16,1% des femmes ont accouché par voie basse instrumentale et 16,1% ont accouché par césarienne. Aux HUS en 2021, 65,7% des accouchements ont eu lieu par voie basse, 13,8% par voie basse instrumentale et 20,5% par césarienne. Il y avait donc moins d'accouchements par césarienne dans notre étude mais plus d'accouchement par voie basse instrumentale. Les différences concernant le taux de césarienne peuvent s'expliquer par les critères de non-inclusion de l'étude (les femmes dont le nouveau-né a été hospitalisé en néonatalogie) qui ont pu écarter des accouchements associés à de la pathologie et donc des césariennes.

Durée du séjour

La durée moyenne du séjour était de 3,4 jours dans notre étude contre 3,7 jours aux HUS. Le taux de sortie précoce est de 14,4% au HUS en 2021, contre 12,9% dans notre étude. Les différences sur la durée moyenne du séjour peuvent s'expliquer par le taux moins important de césariennes dans notre échantillon de population, mais aussi par un de nos critères de non-inclusion : enfant hospitalisé en néonatalogie. Les différences sur le taux de sortie précoce peuvent s'expliquer par le fait que notre population comportait pour moitié des primipares qui sont moins susceptibles de sortir précocement de la maternité, et par ailleurs dans notre étude, on comptait statistiquement plus de sorties précoces chez les perdus de vue, ce qui peut expliquer les différences sur le pourcentage de sorties précoces et sur la durée globale du séjour.

2. Facteurs impactant la préparation au retour à domicile des accouchées

La première hypothèse de cette étude était qu'une femme sur cinq ne sentait pas prête à rentrer à domicile. Cette première hypothèse est confirmée ; effectivement 21% des femmes ne sentaient pas prêtes à rentrer à domicile. Ce taux est en corrélation avec l'enquête de la DREES publiée en 2008, où une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de maternité.(20)

Les facteurs associés à une mauvaise préparation au retour à domicile dans notre étude étaient donc :

Une durée de séjour estimée trop courte

Dans notre étude, 12,9% des femmes estimaient le séjour en maternité trop court et 16,1% le trouvait trop long. Dans l'étude la DREES de 2008, ce sont 21% des femmes qui trouvent la

durée du séjour trop longue et 6% qui la jugent trop courte. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la durée moyenne du séjour est plus courte dans notre étude. D'après l'enquête périnatale de 2010 la durée moyenne du séjour après l'accouchement était en effet de 4,4 jours en 2010.(25)

Une absence de réponse aux attentes des accouchées quant au séjour en maternité

Dans notre étude, 16,1% des mères estimaient que le personnel n'avait pas répondu aux attentes. Ces résultats sont proches des résultats d'une étude de B. Populin datant de 2010 dont le thème d'étude était également la préparation au retour à domicile, le taux d'absence de réponse aux attentes y était de 19%.(26)

Une insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité

Dans notre étude, 25,8% des femmes étaient insatisfaites des conseils donnés en maternité, dans l'étude de la DREES 15% étaient « plutôt pas satisfaites » et 35% « pas du tout satisfaites » des conseils. Le taux de femmes insatisfaites des conseils reste donc élevé depuis 2008.

Une quantité de conseils insuffisante

Un mémoire publié en 2012 par Depalle A étudiait si les conseils nécessaires au retour à domicile avaient été donnés. Ainsi, certains conseils étaient donnés de manière aléatoire et non systématique. À titre d'exemple, une information sur la contraception était donnée de manière quasi systématique, tandis qu'une femme sur deux n'avait pas eu d'informations sur la reprise des rapports sexuels(27). Dans notre étude nous constatons également que les informations les plus manquantes étaient celles sur la reprise des rapports sexuels.

Une attention portée au bien-être psychologique et physique estimée insuffisante

Parmi les femmes désemparées ou angoissées au retour à domicile, 20% estimaient l'attention portée au bien-être physique insuffisante dans l'étude de la CIANE, ce qui est semblable aux résultats de notre étude (18,2%) et parmi les femmes désemparées ou angoissées au retour à domicile, 54% estimaient l'attention portée au bien être psychologique insuffisante dans l'étude de la CIANE, ce qui est quasiment identique aux résultats de notre étude : 54,5%.

Une impossibilité d'exprimer ses craintes quant au retour à domicile.

3. Facteurs impactant l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile

La seconde hypothèse de notre étude était qu'il existe un lien entre la préparation au retour à domicile et l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile. Cette hypothèse est confirmée. En effet, il existait un lien statistiquement significatif entre ces deux facteurs.

La troisième hypothèse était qu'il existe des facteurs personnels impactant la préparation au retour à domicile qui sont la parité et la voie d'accouchement. Celle-ci n'est pas vérifiée dans notre étude, ce qui va à l'encontre des résultats de la CIANE. Dans cette étude, une femme primipare sur six et une femme césarisée sur quatre se sentaient désemparées ou angoissées au retour à domicile. Dans notre étude, 12,9% des primipares avaient un mauvais état d'esprit (désemparées ou angoissées) ce qui n'a pas permis de montrer de différence statistiquement significative. Néanmoins, notre échantillon comptait 50% de primipares, ce qui se rapproche plus du taux de primiparité nationale de 2016 qui est de 42,2% que les 66% de primipares interrogées dans l'étude de la CIANE. Les différences sur le taux de primiparité dans les deux études peuvent expliquer les résultats divergents. Le taux de césariennes dans les deux études était également très différent : 9,7% dans l'étude de la CIANE et 16,1% dans notre étude.

Dans notre étude, le taux de femmes ayant un mauvais état d'esprit (désemparées ou angoissées) au retour à domicile atteint 17,7%. Dans l'étude de la CIANE elles étaient 13%. (28) Dans une étude croate réalisée en 2018, le taux d'anxiété élevée était de 17% après l'accouchement, et de 20% six semaines après l'accouchement. Cette même étude trouvait une comorbidité de 75% entre l'anxiété et la dépression du post-partum (29). En parallèle, un mémoire réalisé par A Varin en 2015 à Caen montrait un défaut d'information par rapport à la dépression du post-partum alors que les femmes étaient en demande d'informations complémentaires sur le sujet.(30)

3.Perspectives d'amélioration pour une meilleure préparation au retour à domicile et un meilleur vécu du post-partum

i. Le séjour en maternité

Améliorer les informations et conseils donnés en maternité

Notons qu'environ 40 % des accouchées cherchaient des informations sur internet ou par d'autres ressources au retour à domicile et qu'il existait un lien statistiquement significatif avec

les informations manquantes du séjour en maternité. Or, une revue de la littérature publiée par la HAS met en évidence la présence d'informations médicales inexactes trouvées sur des sites de santé.(31)

Les informations manquantes étaient majoritairement celles sur la reprise des rapports sexuels, les personnes à qui s'adresser en cas de problèmes, ensuite les conseils sur la reprise du sport. En moindre mesure, il s'agissait des effets possibles à la naissance et la consultation postnatale. Une étude de C. Rhoy publiée en 2018 expliquait que la reprise des rapports sexuels faisait partie des trois craintes principales des primipares à la maternité(32) Ces informations sont généralement dites lors de l'entretien de sortie. Ainsi, la mise en place d'une page « entretien de sortie » dans le logiciel DxCare® utilisé aux HUS pourrait s'avérer intéressante. Par ce biais, les sage-femmes cocheraient les informations données pour limiter les oublis et homogénéiser les informations données.

De plus, les accouchées étaient insatisfaites des conseils sur la reprise du sport, les « effets possibles à la naissance »(poids, fatigue, sommeil...) et les personnes à qui s'adresser en cas de problèmes. En ce qui concerne la reprise du sport, il serait judicieux de combiner l'information sur la rééducation périnéale, qui est plus évoquée, avec celle de la reprise du sport afin de penser à en parler ; en effet évoquer ces informations permettrait peut-être aux femmes de reprendre une activité physique adaptée plus rapidement, ce qui aurait des effets positifs sur leur santé. Une étude américaine de 2004 par J. Whatley Blum montre que les femmes ayant maintenu ou augmenté leur activité physique ou sport dans le post-partum étaient dans un meilleur état de bien-être que les femmes n'en pratiquant pas avant la grossesse ou pendant le post-partum (33). De même les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Sages-Femmes de France publiée en 2021 un rapport qui va dans le même sens que l'étude précédente en ajoutant un potentiel effet positif sur le bien-être psychologique maternel et la réduction de la dépression du post-partum et une réduction du risque de diabète de type 2. (34)

À propos des « effets possibles à la naissance », la DREES établissait que quatre femmes sur dix avaient été mal préparées aux éventuels troubles du post-partum (poids, fatigue, sommeil, pertes vaginales, retour de couches...). Le manque d'informations à ce sujet persiste donc dans le temps. Ces informations figurent partiellement sur le document informatif distribué à certaines femmes en sortie de maternité (ANNEXE I). Nous pourrions imaginer développer cet

outil, puisqu'il semblait utile à une partie des accouchées, en y incluant les informations manquantes.

Une partie des accouchées étaient par ailleurs mécontentes des conseils sur l'allaitement ; le constat semble être le même qu'en 2008 avec l'étude réalisée par la DREES où une femme sur dix jugeait l'accompagnement à l'allaitement insuffisant. Dans notre étude nous n'avons pas quantifier l'insatisfaction des femmes concernant les informations sur l'allaitement, cependant les mères sont plusieurs à avoir des questions sur cette thématique avant la sortie de maternité. Les femmes sont également nombreuses à chercher des informations par elles-mêmes via internet et l'allaitement fait partie des sujets pour lesquels les femmes auraient aimé avoir plus d'informations lorsqu'elles ont été interrogées à J10-J15 sur les informations qui leur manquaient lors du séjour en maternité.

Afin de remédier à cela, nous pourrions imaginer la mise en place d'une formation commune pour le personnel et donner en systématique le numéro des conseillères en lactation des HUS. De plus, il serait intéressant de créer un item « allaitement » dans le logiciel DxCare® et de cocher les informations données au fur et à mesure concernant l'allaitement. Cela permettrait d'homogénéiser les conseils donnés afin que les accouchées se sentent moins perdues par les conseils qu'elles jugent parfois contradictoires du fait de la multiplicité des intervenants lors de leur séjour. Enfin, nous pourrions imaginer développer un « entretien d'accueil » pour l'allaitement maternel, comme le décrit Populin B dans son mémoire de 2010.(26) Cet entretien d'accueil a été évalué en 2018 dans la même maternité de Metz et il en ressort que les accouchées en était grandement satisfaites et qu'il s'agissait d'un bon outil informatif et pratique pour aider les mères dans leur projet d'allaitement. (35) Dès son admission dans le service de suites de couches, la mère bénéficierait ainsi des conseils sur l'allaitement pour être mieux guidée, avec entre autres : comment positionner le bébé au sein, la fréquence des tétées, ce qu'est le colostrum.

Enfin, certaines femmes déploraient un accompagnement insuffisant sur le plan psychologique ; notre étude ne permettait pas de savoir en quoi cet accompagnement était jugé insuffisant. Cependant, il semblerait nécessaire de parler en systématique de la dépression du post-partum et de l'ajouter dans l'entretien de sortie.

Personnaliser le séjour en maternité

Une durée de séjour jugée trop courte est liée à une mauvaise préparation au retour à domicile. Ainsi, écouter davantage les demandes des femmes quant à la durée souhaitée de leur séjour

permettrait d'améliorer leur préparation au retour à domicile. Comme l'évoquait la CIANE en 2012, la personnalisation du séjour en suites de couches devrait être basée sur une meilleure écoute des besoins des femmes, ce qui nécessite de se dégager un vrai temps d'échange où le vécu de l'accouchement, l'état physique et psychologique les difficultés rencontrées ainsi que les souhaits de la mère vis-à-vis du retour à domicile doivent être évoqués. (28)

Une amélioration du séjour passerait par moins de passages dans les chambres pour plus de repos pour les accouchées ; plus de la moitié des mères se disaient fatiguées au retour à domicile. Le fait de limiter les passages, de prolonger les entretiens pourrait certainement améliorer la satisfaction des femmes par rapport aux conseils et la quantité de conseils donnés. Cela permettrait aux femmes de poser toutes leurs questions, 16,1% des femmes portaient en effet avec des questions résiduelles, et 40,3% cherchaient des informations sur d'autres ressources comme internet. Le fait de demander aux femmes de limiter les visites en maternité permettrait certainement aussi de limiter leur fatigue.

Cependant, les propositions d'améliorations pour le séjour en maternité que nous venons d'évoquer sont à nuancer avec la situation actuelle en terme d'effectif de sages-femmes. Un communiqué de presse du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes de juillet 2021 tirait en effet une sonnette d'alarme en alertant du sous-effectif des sages-femmes, les maternités peinent à recruter avec pour conséquence l'impossibilité de garantir la sécurité des patientes.(36)

ii. En anténatal

Le séjour en maternité étant court pour assimiler toutes les informations, il faudrait échelonner les informations dès la période anténatale. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de liens entre le fait d'avoir effectué une préparation à la naissance et l'état d'esprit au retour à domicile ou la préparation au retour à domicile. Toutefois, une majorité de femmes ayant suivi des cours de PNP en étaient satisfaites et avaient trouvé cela utile.

En cas de refus de suivre des cours de PNP, nous pourrions conseiller aux professionnels de santé de donner des informations sur le post partum et la sortie de maternité dès le troisième trimestre de grossesse, comme le préconisait la Haute Autorité de Santé en 2014 (14). Afin d'informer au mieux les femmes, il faudrait favoriser le suivi par une personne référente. La HAS le recommandait déjà en 2005 :

« Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien ».(37)

Avec la loi Rist d'avril 2021 prévoyant un statut de sage-femme référente, cette recommandation devrait être plus facilement applicable ; elle favorise la coordination des soins, dont le lien avec la maternité et un meilleur suivi pour les femmes. (38)

En outre, à l'ère du digital, dès la période anténatale, nous pourrions parler aux femmes du site internet et de l'application des « 1000 Premiers Jours », qui représente une source d'information fiable.

iii. Au retour à domicile

Nous avons vu que la plupart des accouchées rencontraient des difficultés au retour à domicile. Celles-ci étaient en majorité la fatigue, les inquiétudes, la transformation du corps après l'accouchement et les femmes auraient eu besoin d'être plus entourées, d'avoir plus de temps pour elles, être plus aidées par les proches et pour les tâches ménagères. Cela rejoint les conclusions de l'étude de C Rhouy, où les femmes avaient le plus de mal à organiser leur temps en premier plan et en troisième plan d'être bien entourée.(32)

Concernant la fatigue et la nécessité d'avoir du temps pour soi avancées par les femmes, une information en anténatal sur la gestion du rythme sommeil éveil de l'enfant serait intéressante. D'autant plus qu'une mauvaise qualité de sommeil augmente l'anxiété et les symptômes de dépression dans le post-partum d'après une étude de 2018 réalisée par Michele L. Okun (39) L'allongement du congé paternité est une réponse intéressante pour palier à la fatigue des mères et à leur besoin d'être entourées : les réponses étaient presque unanimes, les femmes estimaient la présence de leur conjoint indispensable les jours suivants le retour à domicile, et notamment pour se reposer. Conseiller les couples de s'organiser en amont de la naissance lors des consultations prénatales pour prendre les congés au moment opportun semble donc indispensable.

En outre, pour avoir plus de temps pour elles et être bien entourées, les mères pourraient s'appuyer sur le « carnet chèque-cadeau de naissance » imaginé par Ingrid Bayot.(40) Il s'agit

de chèques par le biais desquels les mères peuvent solliciter leur entourage pour de l'aide (repas, courses, activités...). Il s'agirait d'une façon ludique de demander de l'aide à l'entourage, à l'heure où les femmes n'osent pas forcément en demander.

De plus, le fait d'assister aux ateliers « Devenir parents » proposé par les HUS permettrait peut-être aux femmes de sentir moins seules puisqu'il s'agirait d'une occasion de rencontrer d'autres parents. Et de même, les lieux d'accueil parents-enfants (LAPE) qui sont des lieux d'accueil gratuits, de jeux, d'échange et d'information pour les adultes, des lieux de partage et d'éveil pour les enfants disponibles à Strasbourg pourraient permettre de rompre la solitude tout en s'adressant à un professionnel de la petite enfance.(41)

À propos des difficultés pour l'intendance et les tâches ménagères, aux Pays-Bas, la « kraamzorg » intervient 49 heures dans les familles durant les huit jours suivants la naissance. Leur rôle est de surveiller la mère et l'enfant mais aussi de veiller à l'hygiène, de faire les repas, voire les courses et d'accompagner l'allaitement. En étant à domicile une bonne partie de la journée, les « kraamzorg » évaluent le bien-être des familles(42). En France, dans certaines situations, une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) ou une auxiliaire de vie sociale (AVS) peut intervenir à domicile. Il s'agit d'un soutien ponctuel au point de vue matériel ou dans l'accompagnement éducatif pour aider les familles. Toutefois, cette aide est réservée à des cas particuliers. (43) En revanche, certaines mutuelles peuvent rembourser une aide-ménagère à domicile. Il serait donc intéressant en anténatal de donner cette information aux couples.

Continuer de proposer un suivi par une sage-femme libérale

L'accompagnement par les sages-femmes libérales était très bien vu par les femmes de notre étude qui l'estimaient toutes indispensable. D'autres études vont dans ce sens ; effectivement, une étude publiée en 2019 s'intéressait aux attentes des patientes en terme d'accompagnement post-partum à Nancy et révélait que les femmes ressentent le besoin d'être rassurées, écoutées et soutenues et qu'elles souhaitent échanger avec une sage-femme connue de préférence avant l'accouchement pour partager leur ressenti, et parler de leurs doutes et inquiétudes. (44) Par ailleurs, une étude anglaise publiée en 2002 par Lavender et Walkinshaw prouve qu'un espace de soutien, de conseils, de compréhension et d'explications par une sage-femme dans le post-partum apporte un bénéfice au bien-être psychologique des femmes en réduisant l'anxiété et la dépression.(45) Ces éléments renforcent donc l'idée qu'il semble nécessaire de continuer de proposer systématiquement un suivi par une sage-femme libérale au retour à domicile.

Entretien post natal précoce

Dans notre étude, la majorité des femmes étaient favorables à l'EPNP. S'agissant d'un entretien désormais obligatoire dès le 1^{er} juillet 2022, nous pouvons nous demander s'il va permettre aux femmes d'améliorer leur vécu du post partum. Une étude de 2016 s'est intéressée à l'évaluation de l'EPNP lorsqu'il était expérimental en région Provence Alpes Côtes d'Azur. Elle révèle que les mères étaient favorables à cet EPNP mais que celui-ci devrait se dérouler sur une durée d'une heure, dans les 5 à 15 jours après la sortie de maternité, à domicile et par une sage-femme connue en anténatal.(46). Or, comme cet entretien a lieu entre la 4^e et la 8^e semaine suivant l'accouchement, nous pouvons supposer qu'il intervient trop tardivement. Dans ce cadre, nous pourrions inciter les femmes à participer aux séances de suivi postnatal peu utilisées (6,06% en 2011) pour les aider les premières semaines.

3. Discussion de la méthode

i. Forces de l'étude

Notre étude est originale, puisqu'à notre connaissance, aucune autre étude ne s'était intéressée au vécu du post-partum et à la préparation au retour à domicile des accouchées aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. De plus, le taux de réponse aux questionnaires était relativement élevé, ce qui témoigne de l'intérêt des accouchées sur le sujet.

En outre, notre étude étant semi-quantitative, le versant qualitatif nous a permis d'illustrer et de nuancer les réponses quantitatives.

La durée des séjours en maternité étant de plus en plus courte notre étude répond à une question qui est pleinement d'actualité.

Cette étude permet de pointer les points à améliorer selon les accouchées, notamment en terme d'informations et conseils manquants.

ii. Limites de l'étude

Dans un premier temps, une des limites de l'étude était le nombre de réponses. En effet, étant limités par le temps, nous avons fait le choix d'imprimer 150 questionnaires uniquement tandis qu'en 2021 il y avait 5840 accouchements aux HUS. Toutefois, notre taux de participation était

relativement élevé et les caractéristiques de notre échantillon sont comparables à la population des accouchées des HUS, et certaines caractéristiques comme l'âge et la situation familiale sont similaires à celles du national.

Nous avons par ailleurs rencontré des difficultés pour le recrutement de la population, certaines femmes ont refusé de participer à l'étude en raison de l'appel téléphonique pour la réalisation du deuxième questionnaire. De plus, ce questionnaire se rajoute à l'ensemble des documents et informations donnés lors du séjour aux accouchées, ce qui peut expliquer que certaines femmes aient décidé de ne finalement pas le remplir bien qu'elles aient pu être motivées au départ.

Enfin, pour que l'étude ne soit pas trop vaste, nous nous sommes concentrés sur les facteurs maternels et non pas pédiatriques intervenant dans la préparation à domicile et le vécu du post partum. Or, ces facteurs entrent certainement en jeu dans la préparation au retour à domicile et le vécu du post partum au retour à domicile.

iii. Validité interne de l'étude

Cette étude présente un biais de recrutement. Nous avons choisi en effet de ne pas interroger les femmes mineures ainsi que les femmes ne comprenant pas ou ne parlant pas le français. Or elles peuvent faire partie des femmes à risque de difficultés dans le post-partum. Le questionnaire a été distribué aux femmes après l'entretien de sortie et après qu'elles aient reçu leur ordonnance de sortie. Or, il est possible que des dernières informations leur aient été données par la suite, juste avant de quitter la maternité.

Nous retrouvons également un biais de volontariat. En effet, nous pouvons imaginer que les femmes ayant participé à l'étude sont celles ayant une sensibilité particulière à la thématique du post-partum. Ce biais est inévitable.

Il existe également un biais de mémorisation ; notamment concernant la question 13 du questionnaire n°1 sur la satisfaction des conseils donnés en maternité ; des femmes ont pu oublier certains des conseils donnés, malgré un séjour court, au vu du nombre d'informations à mémoriser durant cette courte période. Ce biais concerne également plusieurs questions du questionnaire n°2, notamment celle sur la feuille récapitulant les informations du post-partum, mais aussi la question sur la recherche d'informations par d'autres ressources comme internet, les femmes ont pu oublier les éléments recherchés.

En outre, en ce qui concerne le questionnaire n°2 réalisé par téléphone, nous retrouvons le biais de désirabilité sociale ; les femmes ont pu atténuer leur réponse ou ne pas répondre sincèrement aux questions afin de se présenter sous un meilleur jour.

Enfin, nous retrouvons un biais concernant la période d'étude ; celle-ci s'est en effet déroulée durant la 5^e vague de la pandémie covid. Il s'agissait d'une période particulière avec un environnement plus stressant, angoissant qui a pu influencer les accouchées qui sont déjà émotionnellement sensibles, pouvant possiblement augmenter leur désarroi.

V. Conclusion

En 2008, une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de maternité et en 2012 la CIANE publiait un rapport soulignant que 13 % des mères se sentaient désemparées ou angoissées au retour à domicile. Dans ce mémoire, nous nous sommes interrogés sur les facteurs impactant la préparation au retour à domicile des femmes ayant accouché aux HUS ainsi que les facteurs impactant leur vécu du post-partum au retour à domicile.

Ainsi, nous avons constaté qu'une femme sur cinq ne se sentait pas prête à rentrer à domicile et 17,7 % des accouchées se sentaient désemparées ou angoissées au retour à domicile. Un lien entre une mauvaise préparation au retour à domicile et un mauvais état d'esprit au retour à domicile a été retrouvé. Les facteurs impactant la préparation au retour à domicile sont identiques à ceux pour l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile, il s'agissait de facteurs inhérents au séjour maternité, c'est-à-dire : une durée de séjour estimée trop courte, une absence de réponse aux attentes, une insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité, une quantité de conseils insuffisante, une attention portée au bien-être physique et psychologique jugée insuffisante et une impossibilité d'expression des craintes quant au retour à domicile. Agir sur les facteurs identifiés permettrait donc d'améliorer la préparation au retour à domicile ainsi que l'état d'esprit.

Ainsi, il serait souhaitable de personnaliser le séjour en suites de couches. Pour ce faire, un temps de discussion avec la femme lorsqu'elle se sent disponible et concentrée permettrait d'adapter davantage la durée du séjour à ses besoins, qu'elle puisse poser ses questions et évoquer les difficultés rencontrées afin de se sentir prête pour le retour à domicile. De plus, enrichir les conseils donnés en maternité, notamment en terme de reprise du sport, des effets possibles à la naissance (pertes vaginales, retour de couches, poids, fatigue, sommeil) et d'allaitement tout en intégrant un message de prévention sur la dépression du post-partum serait essentiel. Pour ce faire, une formation globale du personnel de maternité en allaitement serait souhaitable, de même qu'une optimisation du logiciel DxCare® utilisé aux HUS pour permettre l'homogénéisation des informations données et limiter le nombre d'informations non données. Un entretien d'allaitement pourrait également être envisagé et le document informatif du post-partum devrait être optimisé et distribué à titre systématique avant la sortie en ajoutant le numéro des conseillères en lactation.

Pour le retour à domicile, il faudrait continuer à promouvoir le passage d'une sage-femme libérale à domicile, et il faudrait davantage utiliser les séances de suivi postnatal. Enfin, au vu de la durée du séjour se raccourcissant, il semble judicieux de préparer les femmes au post-partum dès la période anténatale, par le biais des PNP ou pendant les consultations du 3^e trimestre, de préférence par une personne référente. Des outils comme l'application « les 1000 Premiers Jours », les LAPE, les ateliers « Devenir Parents » pourraient être mis davantage en avant pour aider les accouchées.

Il serait intéressant de mener une étude à plus long terme visant à évaluer s'il existe un lien entre la dépression du post-partum et la préparation au retour à domicile, ainsi que l'état d'esprit des accouchées les jours suivants la sortie de maternité.

VI. Bibliographie

1. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1998 [cité 23 nov 2021]. Report No.: WHO/RHT/MSM/98.3. Disponible sur: <https://apps.who.int>
2. Marpeau L, éditeur. Chapitre 63 - Suites de couches immédiates et plus lointaines. In: Traité d'obstétrique [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2010 [cité 12 nov 2021]. p. 489-96. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com>
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF). Accouchement normal en position du sommet et suites de couches normales [Internet]. campus.cerimes. 2016 [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr>
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF). Les hémorragies du post-partum [Internet]. cngof.fr. 2016 [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr>
5. Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2021 [cité 21 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr>
6. Faure K, Dessein R, Vanderstichele S. Endométrites du post-partum. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2019;47(5):442-50.
7. Massoubre C, Desfonds E, Bendjeddou M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. sfmu.fr. 2014.
8. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum [Internet]. campus.cerimes. 2016 [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr>
9. Faure K, Legras M, Chocard AS. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. LA REVUE DU PRATICIEN. 2008;58:8.

10. Arzac L. Les différentes modalités d'accompagnement au retour à domicile permettent-elles de répondre aux attentes des patientes en Post-partum ? [Internet]. Clermont-Ferrand; 2015 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
11. Blaudy A. Les conséquences de la primiparité âgée sur les suites de couches [Internet]. Université de Limoges; 2013 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10262>
12. Ministère de la Santé et de la Prévention. Allongement du congé de paternité et d'accueil de l'enfant : permettre aux parents de s'investir à deux auprès de leur enfant à la naissance - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2021 [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
13. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Enquête Nationale Périnatale 2016 : les premiers résultats [Internet]. EPOPé. 2017 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr>
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
15. L'Assurance Maladie. Après l'accouchement : le retour à la maison [Internet]. www.ameli.fr. 2021 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr>
16. Doret M. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2015;44(10):1118-26.
17. Assemblée Nationale. Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (no 4523) Amendement n°2360 [Internet]. Assemblée nationale. 2021 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr>
18. Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Que du bonheur???...! | Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg [Internet]. www.chru-strasbourg.fr. 2022 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.chru-strasbourg.fr/Que-du-bonheur>
19. Santé publique France. Les 1000 premiers jours [Internet]. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. 2022 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr>

20. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2008 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
21. Danneels J. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes [Internet]. UVSQ - Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
22. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 1 nov 2020;1-8.
23. Institut national de la statistique et des études économiques. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. www.insee.fr. 2022 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
24. Institut national de la statistique et des études économiques. Population selon le sexe, le statut d'activité et la catégorie socioprofessionnelle [Internet]. www.insee.fr. 2022 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
25. Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2011 [cité 15 août 2022]. Report No.: 775. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
26. Populin B. Préparation à la sortie de maternité : retour à domicile, retour à la réalité [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2010 [cité 23 août 2022]. p. 104. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886686>
27. Depalle A. Évaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand [Internet]. Université d'Auvergne; 2012 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00762523>
28. Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) P. Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. <https://ciane.net/>. 2012 [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://ciane.net>

29. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat.* mars 2018;57(1):39-51.
30. Varin A, Andro G, Brielle N. La dépression du post partum: qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 [Internet]. Caen, France: Université de Caen; 2015 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
31. Haute Autorité de Santé (HAS). Le patient internaute. *Revue de la littérature.* - [Internet]. 2007 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr>
32. Rhouy C. Cassandra Rhouy - Craintes des primipares face au retour à domicile et évolution au cours du premier mois : étude transversale prospective monocentrique menée au CHU de Poitiers du 1er juillet 2017 au 31 janvier 2018 [Internet]. Université de Poitiers; 2018 [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr>
33. Blum JW, Beaudoin CM, Caton-Lemos L. Physical Activity Patterns and Maternal Well-Being in Postpartum Women. *Matern Child Health J.* 1 sept 2004;8(3):163-9.
34. Boisseau N. Interventions pendant la période périnatale Recommandations pour la pratique clinique -2021. 2021 juill.
35. Cruciani F. Accompagnement de l'allaitement maternel : évaluation de l'entretien d'accueil à l'Hôpital Maternité de Metz [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2018 [cité 12 août 2022]. p. 104. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr>
36. Pénurie de sages-femmes en maternité : les patientes et les nouveau-nés en danger [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/penurie-de-sages-femmes-en-maternite-les-patientes-et-les-nouveau-nes-en-danger/>
37. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. HAS-Haute Autorité de Santé. 2005 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
38. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. PPL Ségur : des mesures concrètes pour la santé des femmes et les sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2021 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr>

39. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med.* oct 2018;41(5):703-10.
40. Bayot I. Carnet chèques cadeau [Internet]. <http://www.ingridbayot.com/>. 2022 [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <http://www.ingridbayot.com>
41. Eurométropole de Strasbourg. Lieux d'accueil parents-enfants (LAPE) [Internet]. www.strasbourg.eu. 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/lape>
42. Paroledesagesfemmes. Kraamzorg : Rencontre avec une « aide-maman » des Pays-Bas [Internet]. Parole de sages femmes. 2021 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://paroledesagesfemmes.com>
43. Caisse d'Allocations Familiales. Je souhaite bénéficier d'une aide et d'un accompagnement à domicile | Bienvenue sur Caf.fr [Internet]. www.caf.fr. 2022 [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://www.caf.fr>
44. Kez Z, Blanchot-Isola C, Galliot L. Attentes des patientes en termes d'accompagnement postnatal : arguments en faveur de la mise en place d'un entretien postnatal précoce à la maternité du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy. *Sages-Femmes.* sept 2019;18(4):181-8.
45. Lavender T, Walkinshaw SA. Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth.* 2002;25(4):215-9.
46. Tari C, Riquet S. L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Éducation Thérapeutique du Patient* [Internet]. 17 déc 2016 [cité 8 août 2022];8(2). Disponible sur: <https://www.lissa.fr>

ANNEXE I : Fiche informative destinée aux accouchées des HUS

 Pôle de gynécologie-obstétrique-fertilité
Fiche d'information patiente
SORTIE DE MATERNITE - PRINTEMPS 2020

Secteur d'application : POLE Service 9340 Service 9500 Service 9500

La situation sanitaire actuelle rend inhabituelle le séjour en maternité. Pour votre sécurité, l'hôpital a choisi d'organiser des retours très précoces à domicile, relayés par une sage-femme libérale. Afin de faciliter les recommandations données après un accouchement, voici un résumé des sujets que nous aurons pu aborder lors de votre séjour. Ils seront repris par les professionnels libéraux qui poursuivront l'accompagnement des premiers instants de votre enfant.

RDV POST-NATAUX :

- **Avec votre Sage-Femme libérale :** Elle vous accompagnera dans les premiers jours après l'accouchement, selon vos besoins. Elle vous prodiguera tous les conseils nécessaires pour l'allaitement si vous allaitez.
- **Pour Maman :** avec le professionnel qui suivait la grossesse -> **4 à 6 semaines après l'accouchement**
- **Pour Bébé :** avec un pédiatre, un médecin généraliste assurant le suivi pédiatrique, ou en PMI -> **dans les 15 jours suivant la naissance de l'enfant.**

LE 1ER MOIS POST-ACCOUCHEMENT :

Le corps se remet doucement de son incroyable accomplissement qu'a été l'accouchement. Il est normal d'être à son écoute, de lui laisser ce temps pour récupérer. Quelques recommandations :

- Eviter le port de **tampons**
- Les **bains** (et bien entendu la piscine, mais qui dans ce contexte ne se pose pas comme question) sont à éviter
- La **reprise des rapports** doit se faire au cœur d'un dialogue entre votre corps, vous-même et votre conjoint. Il est normal de ne pas retrouver l'envie immédiatement après un accouchement. Il n'existe pas de « normes » ou de date limite où l'on doit retrouver une sexualité. D'ailleurs la rééducation du périnée proposée après la visite post-natale pourra vous aider à retrouver la conscience de votre pénée, et faciliter la reprise de ces rapports.

LA REEDUCATION DU PERINEE :

- **Débutée après le rendez-vous avec le professionnel suivant la grossesse, des séances de rééducation du périnée** pourront vous être proposées, et remboursées par l'assurance maladie à 100%. La sage-femme ou le kinésithérapeute estimera le nombre de séances nécessaires.
- **Pourquoi ?** Et bien dans l'immédiat, il s'agit d'une excellente façon de **se réapproprier son corps et d'autant plus son périnée**.
Des points plus douloureux, même sans avoir bénéficié de points de suture, pourront être travaillés lors de ces séances. Sur du plus ou moins long terme, la rééducation du périnée constitue un moyen de prévention des incontinences urinaires, des descentes d'organes.
Elle est nécessaire avant de penser à remuscler les abdominaux : comme toute fondation, une base solide permet de maintenir debout une construction

LES SAIGNEMENTS :

9 mois sans menstruations, pour certaines une libération qu'il n'est pas aisé de retrouver. Perdre du sang après un accouchement est normal, il ne s'agit pas de vos règles, c'est seulement l'évacuation du reste du nid douillet où se trouvait votre enfant.

Certaines femmes peuvent avoir des pertes jusqu'à 3 semaines voire 1 mois. **Toutefois, ces pertes doivent diminuer en quantité, perdre leur aspect sanglant pour devenir glaireuses, et brunâtres**. Si vos saignements étaient amenés à **augmenter en quantité**, à former des **caillots** de façon répétée, à **sentir mauvais**, et à être associés à de la **température**, il est nécessaire de demander un avis à un professionnel.

GO-03317_V2_24/01/2020 Page 1 sur 2

CONTRACEPTION :

Ainsi, les saignements après l'accouchement ne sont pas des menstruations, et ne doivent pas être considérés comme un moyen de contraception.

Le retour des règles, appelé **retour de couches** est variable selon les femmes. Certaines retrouveront leur cycle dès le premier mois, d'autres 2, 3 ou 6 mois plus tard. On sait toutefois que le corps d'une femme est capable d'ovuler et donc de réengendrer une grossesse dans le mois suivant l'accouchement. Dans la mesure où vous souhaitez ne pas retomber enceinte immédiatement, il est **important de réfléchir à la façon qui vous est préférable pour vous protéger.**

Tous les moyens de contraception ne sont pas envisageables dans les suites immédiates d'un accouchement, ce pourquoi nous en parlons en maternité. Les possibilités qui s'offrent à vous :

- Une **pilule** dont la composition et le dosage sont adaptés au post-partum immédiat. Elle est à débiter **10 jours suivant l'accouchement** afin d'être efficace le 20^e jour après l'accouchement. En effet pour qu'une pilule soit efficace et vous protège, il faut attendre **7 jours de prise quotidienne**. Une pilule se **prend tous les jours à la même heure sans oublier**. Celle proposée dans les suites de couches est à prendre en continu, sans interruption entre les plaquettes.
- Le **préservatif**. Il sera aussi nécessaire en cas d'oubli de pilule, pendant les 7 jours nécessaires à ce que cette pilule soit à nouveau efficace. A savoir que désormais, les préservatifs peuvent être obtenus gratuitement sur ordonnance.
- L'**implant** peut aussi être posé aux alentours du 20^e jour suivant l'accouchement, voire même avant si besoin. Là aussi 7 jours après la pose sont nécessaires pour qu'il vous protège efficacement.
- Si un moyen de contraception vous convenait, et qu'il n'est pas envisageable immédiatement après un accouchement, **il le sera après la visite post-natale** (4 à 6 semaines après l'accouchement). Vous pouvez alors envisager d'utiliser des préservatifs si nécessaire, jusqu'à la reprise de votre moyen de contraception.

PSYCHOLOGUE :

Dans le contexte actuel, vous avez peut-être vécu de façon difficile certains événements. Les psychologues de la maternité sont à votre disposition pour en parler avec vous. Si vous êtes sortie avant le deuxième jour, une psychologue vous contactera dans les premiers jours. N'hésitez pas à la rappeler en cas de besoin.

Elles sont joignables pour tout le monde, maman et papa.

Si des questionnements persistent, nous restons à votre disposition. Privilégiez toutefois les contacts par téléphone si la situation n'est pas urgente et le permet.

Quelques numéros en cas de besoin :

- Si cela concerne votre bébé, vous pouvez joindre la pouponnière au **03.69.55.34.00** et demandez le **poste 54835** (il n'y a pas d'urgences pédiatriques au CMCO, elles sont situées à Hautepierre)
- Si cela vous concerne, vous pouvez joindre votre la sage-femme au **03.69.55.34.00** et demandez le **poste 54839**
- Les psychologues :
 - o Florence BECKER : 03.69.55.34.82
 - o Pascale MIGNOT : 03.69.55.34.84
 - o Valérie BISCHOFF : 03.69.55.34.83
 - o Isabelle GALLAND : 03.69.55.34.85
 - o Mylène BAPST : 03.69.55.33.92

Et n'oubliez pas de prendre soin de vous en cette période particulière.

ANNEXE II : Questionnaire n°1

Lettre d'information

Evaluation des conseils et informations donnés aux accouchées durant le séjour en maternité et préparation au retour à domicile

Bonjour,

Je m'appelle Camille Thomas, je suis étudiante sage-femme en fin de cursus. Dans le cadre de ma formation, je réalise une étude dont les objectifs sont d'une part de déterminer votre satisfaction par rapport aux conseils maternels donnés par l'équipe médicale lors de votre séjour en maternité, après l'accouchement. D'une autre part, l'objectif est d'évaluer votre préparation au retour à domicile et votre état d'esprit au retour à domicile. Cette étude s'adresse aux femmes majeures ayant séjourné uniquement à la maternité de Hautepierre ou du CMCO, pour une durée d'au moins 24h après l'accouchement, et dont l'enfant n'a pas été hospitalisé dans un service de néonatalogie.

Il s'agit d'une étude avec deux questionnaires, le premier sera rempli à la fin de votre séjour en maternité et le deuxième se fera par appel téléphonique lors de votre retour à domicile, entre le 10^{es} et le 15^{es} jour après l'accouchement.

Les données utilisées seront bien sûr anonymes, et effacées dès la fin de mon étude en septembre 2022 au plus tard. Les seules personnes qui auront accès aux données sont ma directrice de mémoire ainsi que ma codirectrice de mémoire et moi-même. Vous pouvez à tout moment refuser de participer à cette étude.

Le traitement des données repose sur une mission d'intérêt public du responsable de traitement et les données de santé peuvent être traitées car elles répondent à l'exception prévue à l'article 9.2) du RGPD : Archives, recherche scientifique ou historique, statistiques. Pour plus d'informations concernant le traitement des données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du responsable de traitement : DPD@chru-strasbourg.fr

Cordialement,

THOMAS Camille

Je consens à participer à l'étude de Mlle Camille Thomas et je l'autorise à me contacter par téléphone entre le 10^{es} et le 15^{es} jour après l'accouchement pour la deuxième partie de l'étude.

Date :

Signature :

Numéro de téléphone :

Horaire souhaité (entourez l'horaire souhaité) : matin / après-midi / soirée

Questionnaire n°1

Attention ce questionnaire ne concerne pas les conseils et informations par rapport à votre enfant, il concerne uniquement les informations et conseils donnés en maternité, après votre accouchement, concernant votre santé et bien-être.

1. Quel est votre âge ?

.....

2. Combien d'enfants avez-vous ? (en comptant l'enfant venant de naître)

.....

3. Combien d'enfants vivent à votre domicile ? (en comptant l'enfant venant de naître)

.....

4. Quelle est votre situation familiale ?

Je vis seule

Je vis en couple

Autre : précisez

.....

5. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

Agriculteur/exploitant

Artisan/commerçant/chef d'entreprise

Cadre et profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Sans activité professionnelle

Autre : précisez

.....

6. Avez-vous accouché :

Par voie basse

Par voie basse instrumentale (à l'aide de forceps, ventouse ou spatules)

Par césarienne

7. Quel est votre vécu de l'accouchement ?

Très bon

Bon

Mauvais

Très mauvais

8. Au bout de combien de jours après votre accouchement rentrerez-vous à votre domicile ?

- 10= le jour de l'accouchement
- 11= 1 jour après l'accouchement
- 12= 2 jours après l'accouchement
- 13= 3 jours après l'accouchement
- 14= 4 jours après l'accouchement
- 15= 5 jours après l'accouchement
- 16 ou plus = 6 jours après l'accouchement ou plus

9. Jugez-vous la durée de votre séjour en maternité :

- Trop courte
- Adéquante
- Trop longue

10. Quelles étaient vos attentes lors de votre séjour en maternité ? (Citer les 3 principales)

Attention cette question ne concerne pas les conseils donnés par rapport à votre enfant, mais uniquement les conseils concernant votre santé et votre bien être

.....

.....

11. A-t-on répondu à vos attentes ?

- Oui
- Non

12. Si non, précisez lesquelles ?

.....

.....

13. Nous allons maintenant aborder les conseils et informations donnés lors de votre séjour en maternité. Pour chaque catégorie, merci de cocher la case correspondant à votre niveau de satisfaction.

	Pas du tout satisfaite	Plutôt pas satisfaite	Plutôt satisfaite	Tout à fait satisfaite	Ce conseil n'a pas été évoqué	Non concernée
Conseils et soins concernant la déchirure						
Conseils et soins concernant la cicatrice d'épisiotomie						
Conseils concernant la cicatrice de césarienne						
Informations et conseils concernant « les effets possibles à la naissance » (Poids, fatigue, sommeil, saignements, retour de couche)						
Personne(s) à qui s'adresser en cas de problèmes						
Informations sur la consultation post-natale (4 à 6 semaines après l'accouchement)						
Conseils concernant l'hygiène (bain, piscine...)						
Informations concernant la rééducation périnéale						
Conseils concernant la reprise du sport						
Conseils concernant la reprise des rapports sexuels						
Informations concernant la contraception						
Explications des ordonnances						

14. Les conseils donnés avant votre sortie lors de l'entretien de sortie (informations concernant la contraception, la rééducation du périnée, la reprise du sport...) vous ont-ils été donnés à un moment où vous étiez disponible et concentrée ?

Oui Non Je ne sais pas

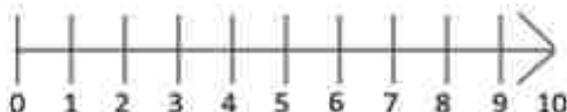
15. Concernant l'entretien de sortie, selon vous, la durée était :

Insatisfaisante Plutôt satisfaisante Satisfaisante

16. Avez-vous pu exprimer vos craintes quant au retour à votre domicile ?

Oui Non

17. Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure vous sentez-vous prête à rentrer à domicile ?
Veuillez entourer le chiffre correspondant (0= pas du tout prête ; 10= tout à fait prête)



18. Estimez-vous que lors de votre séjour à la maternité, les professionnels de santé ont porté une attention suffisante à votre bien être psychologique ?

Suffisant Moyen Insuffisant Je ne sais pas

19. Estimez-vous que lors de votre séjour les professionnels de santé ont porté une attention suffisante à votre bien-être physique ?

Suffisant Moyen Insuffisant Je ne sais pas

20. Lors de la grossesse, avez-vous suivi un cours de préparation à la naissance portant sur votre environnement, votre santé physique et votre santé mentale après l'accouchement ?

Oui Non Je ne sais pas

21. Avez-vous l'impression que les professionnels de santé présents en maternité ont répondu à toutes vos questions vous concernant ?

Oui

Non, précisez :

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

Pour finir, souhaitez-vous partager un commentaire ?

Je vous remercie du temps que vous avez accordé à ce questionnaire !

Cordialement,

THOMAS Camille

ANNEXE III : Questionnaire n°2

Depuis votre retour à domicile :

1. Est-ce que le co-parent a pu être présent les jours qui ont suivi le retour à domicile ?

Oui Non Non concernée

2. La présence du co-parent vous a-t-elle semblée indispensable pour votre santé et bien-être ?

Oui Non Non concernée

3. Votre entourage a-t-il pu être présent les jours qui ont suivi le retour à domicile ?

Oui Non

4. Si oui, cela vous a-t-il semblé indispensable ?

Oui Non Non concernée

5. Avez-vous bénéficié d'un suivi à domicile ?

Oui, par une sage-femme libérale que je connaissais

Oui, par une sage-femme libérale que je ne connaissais pas et que j'ai trouvée par mes moyens

Oui, par une sage-femme du PRADO (l'Assurance Maladie vous a mis en relation avec une sage-femme libérale)

Oui, par la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

autre : préciser

Non

6. Si vous avez bénéficié d'un suivi à domicile, pensez-vous que celui-ci était indispensable ?

Oui Non Non concernée

7. Si vous n'avez pas eu de suivi à domicile, auriez-vous aimé en bénéficier ?

Oui Non Non concernée

8. Lors de votre séjour en maternité, avez-vous reçu une feuille récapitulant les conseils et informations par rapport à votre santé et votre bien être ?

Oui Non

9. Si oui a-t-elle été utile selon vous ?

Oui Non Non concernée

10. Globalement, quel est votre état d'esprit depuis le retour à domicile ?

Très en confiance assez rassurée un peu incertaine désespérée angoissée

11. Avez-vous rencontré des difficultés depuis le retour à domicile ?

Oui :

Fatigue

Baby blues

Baisse de moral

Inquiétudes

Difficultés par rapport à la transformation physique après l'accouchement (poids, vergetures...)

Difficultés dans le couple

Tâches ménagères trop importantes

Autre (à préciser)

Non, je n'ai pas rencontré de difficultés

12. Avez-vous consulté un professionnel de santé pour votre bien-être physique ou mental depuis votre retour à domicile ? (Hors maladie)

Oui, précisez le nombre de consultations :

Non

13. Si oui, saviez-vous à qui vous adresser ?

Oui Non Non concernée

14. A qui vous êtes-vous adressée ?

Une sage-femme libérale La Protection Maternelle et Infantile (PMI) Un(e) médecin généraliste Un(e) gynécologue Les urgences kinésithérapeute ostéopathe
 autres (préciser)

Non concernée

15. Par manque d'information, avez-vous eu besoin de consulter des ressources supplémentaires pour trouver des réponses à vos questions (Internet, ouvrages, autres) ?

Oui Non

16. Si oui, à propos de quels sujets avez-vous cherché des informations ?

17. Que pensez-vous de l'allongement du congé paternité ?

Favorable, précisez

Défavorable, précisez

18. Si vous avez suivi une préparation à la naissance sur le thème des suites de couches, pensez-vous que celle-ci était utile ?

Oui, précisez

Non, précisez

19. Si vous n'avez pas suivi de préparation à la naissance sur le thème des suites de couches, pensez-vous que celle-ci aurait été utile ?

Oui, précisez

Non, précisez

20. Auriez-vous souhaité recevoir plus d'informations et conseils lors de votre séjour en maternité afin de mieux vous préparer au retour à domicile ? (Attention cette question ne concerne pas les conseils et informations par rapport à votre enfant, elle concerne uniquement les informations et conseils à propos de votre santé et bien-être)

Oui Non

21. Si oui dans quels domaines ? (Attention cette question ne concerne pas les conseils et informations par rapport à votre enfant, elle concerne uniquement les informations et conseils à propos de votre santé et bien-être)

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

22. De quoi auriez-vous en besoin depuis que vous êtes rentrée à domicile ?

- Être plus aidée par le co-parent
- Être plus aidée par votre entourage
- Être plus entourée par votre entourage
- Bénéficier d'une aide pour les tâches ménagères
- Avoir plus de temps pour vous
- Autre : précisez

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

23. L'entretien post natal précoce consiste en un temps de parole entre parents et professionnel de santé connu en prénatal. Le but de cet entretien est de parler **du vécu de l'accouchement** ou d'autres sujets selon le souhait des parents, afin d'ajuster leur accompagnement et **de soutenir le développement de leurs compétences parentales** dans un climat sécurisant et bienveillant. Cet entretien est réalisé entre la quatrième et la huitième semaine suivant l'accouchement.

Seriez-vous favorable à cet entretien post natal précoce ?

- Oui Non Je ne sais pas

Pour finir, souhaitez-vous partager un commentaire ?

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

ANNEXE V : Tableau de comparaison entre les femmes ayant répondu aux deux questionnaires et les perdus de vue

Critères descriptifs	Total n=90	Réponses aux 2 questionnaires n=62	Perdus de vue n=28	p valeur
Age (ans)				0,00
Âge (moyenne+/- écart type)	30,8+/-6,2	30,7+/-6,6	31,1 +/-5,5	
19-24	16(15,6%)	11(17,7%)	5(17,9%)	
25-29	25(27,8%)	17(27,4%)	9(32,1%)	
30-34	24(26,7%)	17(27,4%)	7(25%)	
35-39	25(27,8%)	15(24,9%)	9(17,9%)	
40-44	0	0	0	
45-49	2(2,2%)	2(3,2%)	0	
Parité				1
1	41(45,6%)	31(50%)	10(35,7%)	
2	33(36,7%)	23(37,1%)	10(35,7%)	
3	10(11,1%)	5(8,1%)	5(17,9%)	
4	3(3,3%)	2(3,2%)	1(3,6%)	
5	1(1,1%)	0	1(3,6%)	
6	1(1,1%)	1(1,6%)	0	
7	1(1,1%)	0	1(3,6%)	
Situation familiale				1
En couple	86(95,6%)	59(95,2%)	27(96,4%)	
Seule	4(4,4%)	3(4,8%)	1(3,6%)	
Catégorie socioprofessionnelle				0,77
Artisan/commerçante/cheffe d'entreprise	7(7,8%)	4(6,4%)	3(10,7%)	
Cadre et profession intellectuelle supérieure	22(24,4%)	16(25,8%)	6(21,4%)	
Profession intermédiaire	11(12,2%)	8(12,9%)	3(10,7%)	
Employée	24(26,7%)	13(21%)	11(36,3%)	
Ouvrières	7(7,8%)	6(9,7%)	1(3,6%)	
Sans activité professionnelle	16(17,8%)	13(21%)	3(10,7%)	
Autre : étudiante	3(3,3%)	2(3,2%)	1(3,6%)	

Critères descriptifs	Total n=90	Réponses aux 2 questionnaires n=62	Perdus de vue n=28	p valeur
Vécu de l'accouchement				0,88
Très bon	33(36,7%)	22(35,5%)	11(39,3%)	
Bon	35(38,9%)	26(41,9%)	9(32,1%)	
Mauvais	14(15,6%)	9(14,5%)	5(17,9%)	
Très mauvais	8(8,9%)	5(8,1%)	3(10,7%)	
Attention portée au bien-être physique				1
Suffisant	68(75,6%)	47(75,8%)	21(75%)	
Moyen	19(21,1%)	13(21%)	6(21,4%)	
Insuffisant	3(3,3%)	2(3,2%)	1(3,6%)	
Attention portée au bien-être psychologique				0,43
Suffisant	56(62,2%)	41(66,1%)	15(53,6%)	
Moyen	20(22,2%)	10(16,1%)	10(35,7%)	
Insuffisant	14(15,6%)	11(17,7%)	3(10,7%)	
Possibilité d'expression des craintes quant au RAD				1
Oui	77(85,6%)	54(87,1%)	23(82,1%)	
Non	13(14,4%)	8(12,9%)	5(17,9%)	
Disponibilité de la patiente lors de l'entretien de sortie				1
Oui	84(93,3%)	57(91,9%)	27(96,4%)	
Non	6(6,7%)	5(8,1%)	1(3,6%)	
Préparation au RAD				1
Préparation au RAD (Moyenne +/-écart type) médiane		6,8 +/-2,6 5		
Prête	74(82,2%)	49(79%)	25(89,3%)	
Non prête	16(17,8%)	13(21%)	3(10,7%)	

Critères descriptifs	Total n=90	Réponses aux 2 questionnaires n=62	Perdus de vue n=28	p valeur
Avis sur la durée du séjour				0,33
Trop courte	9(10%)	8(12,9%)	1(3,6%)	
Adéquate	67(74,4%)	44(71%)	23(82,1%)	
Trop longue	14(15,6%)	10(16,1%)	4(14,3%)	
Réponses aux attentes				1
Oui	75(83,3%)	52(83,9%)	23(82,1%)	
Non	15(16,7%)	10(16,1%)	5(17,9%)	
Satisfaction quant aux conseils donnés en maternité				1
Oui	65(72,2%)	46(74,2%)	19(67,9%)	
Non	25(27,8%)	16(25,8%)	9(32,1%)	
Avis sur la durée de l'entretien de sortie				0,83
Insatisfaisante	4(4,4%)	3(4,8%)	1(3,6%)	
Plutôt satisfaisante	35(38,9%)	27(43,6%)	8(28,6%)	
Satisfaisante	51(56,7%)	32(51,6%)	19(67,9%)	

ANNEXE VI : tableau des caractéristiques des accouchements aux HUS

Accouchements au CMCO

		2022 - CMCO - Synthèse	
Séjour à l'ère accouchement			
Total des accouchements :		3124	
Dues reçues de séjour (DMS) :		385	
DMS antérieures :		105	
DMS Plus jeunes :		127	
Sorties précoces (<3) :		522 (16,71%)	
1) Résultats d'accouchement :			
Uniques :		3178 (98,53%)	
Gémellaires :		46 (1,47%)	
Triplés ou plus :		0 (0,00%)	
Age moyen maternel :		31	
sans type âge maternel :		5	
Mortinatalité(N) :		46 (14,72)	
dont MIA après 22 SA (N) :		32 (10,24)	
et MII (N) :		14 (4,48)	
2) Mode d'accouchement :			
Voies basses :		2629 (84,15%)	
dont VB spontanée :		2198 (70,36%)	
dont VB assistée :		431 (13,80%)	
dont VB assistée instrumentale :		389 (12,43%)	
Épisiotomie voie basse :		30 (1,14%)	
Épisiotomie voie instrumentale :		15 (3,86%)	
Anesthésie péridurale /VB :		2510 (77,82%)	
Anesthésie péridurale /instrumentale :		254 (8,30%)	
Césariennes en urgence :		388 (12,42%)	
Césariennes programmées :		157 (5,02%)	
Total des césariennes :		485 (15,85%)	
3) Acc à terme > 37 SA :			
Voies basses spontanées :		2101 (63,84%)	
Voies basses instrumentales :		382 (12,78%)	
Césariennes en urgence :		314 (10,50%)	
Césariennes programmées :		154 (5,22%)	
Total des césariennes :		470 (15,72%)	
Césariennes programmées < 38 :		118 (7,88%)	
4) Indicateurs de morbidité :			
Pédiculaires :		78 (2,50%)	
déscoliques :		4 (0,13%)	
Embryons :		1 (0,03%)	
Hémorragies immédiates durant parture :		180 (5,76%)	
Hémorragies tardives durant parture :		8 (0,26%)	
Taux de révisions (non sévères ou sévères) :		1 (0,03%)	
Chorion d'insémination :		2 (0,06%)	
Émbrionisme :		2 (0,06%)	
Dysfonction :		0 (0,00%)	
Infection postpartum :		1 (0,03%)	
5) Pathologies associées :			
Diabète pré-existant :		21 (0,67%)	
Diabète gestationnel :		480 (15,40%)	
Négligence pré-natale des soins :		688 (22,02%)	
Chorion ectopique :		0 (0,00%)	
6) SITUATION DU FŒTUS :			
Mortinatalité :		0 (0,00%)	
Acc. suite à un TLU (cas) :		1 (0,03%)	
Mise de femmes avec TSP :		56 (1,79%)	
Cesariennes de 0 jour :		11	

Accouchements à Hautepierre

		2024 - CHU Hautepierre - Strasbourg	
Séjours avec accouchement			
Total des accouchements : 2716			
Droits réservés de séjour (DRS) :			
DMS pré-parten	4,70		
DMS accompagnement	1,15		
DMS Post-partum	4,04		
Sorties précoces (-07)	319	(11,75%)	
1) Résultats d'accouchement :			
Uniques :	2618	(96,39%)	
Gémellaires :	87	(3,21%)	
Triplés ou plus :	1	(0,04%)	
Age moyen maternel :	31		
Etat type Age maternel :	6		
Mortalité (%) :	37	(1,37%)	
Morté périnatale (%) :	13	(4,79%)	
Morté néonatale (%) :	24	(8,84%)	
2) Mode d'accouchement :			
Voies basses :	2016	(74,25%)	
Cure VB péritonéale :	941	(46,82%)	
Cure VB basse :	975	(48,43%)	
Cure VB basse/instrumentale :	329	(16,07%)	
Épisiotomie voie basse :	37	(1,84%)	
Épisiotomie sans instrumentale :	16	(0,82%)	
Instrumentale périnéale/VB :	1308	(62,92%)	
Instrumentale périnéale/instrumentale :	225	(10,92%)	
Césariennes chirurgicales :	507	(18,67%)	
Césariennes programmées :	183	(7,11%)	
Total des césariennes :	300	(11,07%)	
3) Acc. à terme (≥ 37 SA) :	2388	(88,01%)	
Voies basses programmées :	247	(1,03%)	
Voies basses instrumentales :	262	(11,21%)	
Césariennes chirurgicales :	320	(13,42%)	
Césariennes programmées :	168	(7,11%)	
Total des césariennes :	488	(20,53%)	
Césariennes programmées > 39 :	110	(26,89%)	
4) Maladies de la grossesse :			
Pré-éclampsie :	125	(4,60%)	
Dys HELLP sévère :	3	(0,11%)	
Éclampsie :	6	(0,22%)	
Hémorragies intracérébrales (dépôt partiel) :	130	(4,80%)	
Hémorragies tardives (dépôt partiel) :	5	(0,18%)	
Temporaires (cortex adhérent/cortex normal) :	6	(0,22%)	
Changements de l'écoulement :	6	(0,22%)	
Émulsionnement :	4	(0,15%)	
Thrombose :	2	(0,07%)	
Infections purpurales :	12	(0,44%)	
5) Pathologies antenatales :			
Diabète gestationnel :	30	(1,10%)	
Diabète pré-gestationnel :	486	(17,90%)	
Pathologies pré-existantes des reins/autres :	536	(19,74%)	
Chromosomique :	51	(1,88%)	
6) Maladies ou troubles de la mère :			
Matière encéphalique :	38	(1,39%)	
Accidents de circulation :	14	(0,51%)	
Mère ou fœtus avec TDF :	45	(1,65%)	
Dont 06 de 0 jour :	10		

Résumé

Introduction : En 2008, une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de maternité et en 2012 la CIANE estimait que 13% des femmes étaient désemparées ou angoissées les jours suivants le retour à domicile. Les objectifs de ce mémoire sont de déterminer les facteurs impactant la préparation au retour à domicile et l'état d'esprit des accouchées au retour à domicile aux HUS.

Méthodes : Une étude semi-quantitative observationnelle descriptive et analytique, longitudinale et monocentrique a été réalisée à l'aide de deux questionnaires. Le premier distribué à la fin du séjour en maternité et le deuxième dans les 10 à 15 jours suivant l'accouchement, au retour à domicile et par téléphone. 62 questionnaires ont été analysés.

Résultats : 21% des femmes ne se sentent pas prêtes à rentrer à domicile et 17,7% se sentent désemparées ou angoissées au retour à domicile. Il existe un lien entre la préparation au retour à domicile et l'état d'esprit de l'accouchée au retour à domicile. Les facteurs communs impactant l'état d'esprit au retour à domicile et la préparation au retour à domicile sont des éléments liés au séjour en maternité : une durée de séjour estimée trop courte par la femme, une absence de réponse aux attentes des femmes, une insatisfaction quant aux conseils donnés en maternité, une impossibilité d'expression ses craintes quant au retour à domicile, une attention portée au bien-être physique et psychologique jugée insuffisante.

Conclusion : Une dizaine d'années plus tard, le vécu du post-partum reste difficile pour les femmes. Il faudrait personnaliser le séjour en maternité avec une adaptation de la durée du séjour. L'ajout d'une page « entretien de sortie » dans le logiciel DxCare®, un entretien d'accueil pour l'allaitement, l'enrichissement du document déjà existant sur les informations du post-partum, parler des ateliers « Devenirs Parents » et des LAPE sont autant d'outils qu'il serait intéressant d'utiliser. Continuer de promouvoir le suivi par une sage-femme libérale à la sortie de maternité, proposer des séances de suivi postnatal et parler du post partum en anténatal, de préférence avec une personne référente, semble essentiel.

Mots-clés : Période du postpartum ; Anxiété ; Maternité ; Satisfaction des patients

Keywords : Postpartum period ; Anxiety ; Hospitals, maternity ; Patient satisfaction