



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Identifier chez les sages-femmes libérales les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité.**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 7 avril 2015 à 18h00  
au Pôle formation de la faculté de médecine Henri Warembourg.

**Par Julia FIDRY**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur SUBTIL Damien**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur TRUFFERT Patrick**

**Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur BAYEN Marc**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile

RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement

SFL : Sage-Femme Libérale

SF : Sage-Femme

PMI : Protection Maternelle et Infantile

JDF : Jeanne De Flandre

GO : Gynécologue Obstétricien

PED : Pédiatre

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

MAP : Menace d'Accouchement Préaturé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

PV : Prélèvement Vaginal

BVR : Bilan Vasculo-Rénal

UNSSF : union nationale et syndicale des sages-femmes

## Table des matières

<b>RESUME</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
<b>METHODE</b> .....	<b>9</b>
<b>A. Méthode qualitative</b> .....	<b>9</b>
<b>B. Population</b> .....	<b>9</b>
<b>C. Recueil des données</b> .....	<b>10</b>
<b>D. Analyse</b> .....	<b>11</b>
<b>E. Recherche bibliographique</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>12</b>
<b>A. Recueil des données</b> .....	<b>12</b>
<b>B. Analyse des entretiens</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Organisation du séjour à la maternité et des différents types de sorties</b> .....	<b>13</b>
a. Séjour à la maternité .....	13
b. Retour précoce à domicile .....	14
c. PRADO .....	15
<b>2. Rôle de la sage-femme dans le post-partum</b> .....	<b>16</b>
a. Ressenti des sages-femmes libérales sur leur rôle dans le post-partum.....	16
b. Motifs de recours à une sage-femme libérale dans le post-partum....	17
c. Les compétences des sages-femmes libérales.....	17
<b>3. Communication entre les différents acteurs à la sortie de la maternité</b> .....	<b>19</b>
a. SFL/maternité.....	19
b. SFL/médecin traitant .....	20

c. SFL/gynécologues .....	21
d. SFL/pédiatres.....	21
e. SFL/PMI .....	22
f. autres acteurs associatifs.....	22
g. le réseau OMBREL .....	22
h. SFL/ostéopathes .....	22
i. entre les sages femmes et les patientes .....	23
<b>4. Moyens de communication mis en œuvre en post partum .....</b>	<b>23</b>
a. Courrier de sortie .....	23
b. Feuille de liaison .....	24
c. Ordonnances.....	24
d. Le carnet de maternité .....	25
e. Le carnet de santé .....	25
f. Les documents de vulgarisation remis à la patiente.....	26
<b>5. Planification des soins .....</b>	<b>26</b>
a. anténatale .....	26
i. préparation à la naissance réalisée par les sages-femmes .....	26
ii. Consultation d'orientation JDF .....	27
b. post natal .....	27
c. La problématique de l'allaitement.....	28
d. Organisation professionnelle des sages-femmes libérales .....	28
<b>6. Impact économique de l'organisation des soins dans le post-partum .....</b>	<b>29</b>
<b>7. perspectives d'améliorations .....</b>	<b>30</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
<b>A. Critique de la méthode (forces et faiblesses) .....</b>	<b>31</b>
<b>B. Discussion des résultats .....</b>	<b>32</b>
<b>1. Communication entre les différents acteurs à la sortie de la maternité .....</b>	<b>32</b>

---

a. entre la maternité et les sages-femmes libérales.....	32
b. entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes .....	32
c. entre les sages-femmes libérales et les gynécologues/pédiatres .....	33
<b>2. Moyens de communication mis en œuvre dans le pos-partum.....</b>	<b>34</b>
a. courrier de sortie .....	34
b. carnet de maternité .....	34
c. feuille de liaison .....	35
d. ordonnances .....	35
<b>3. planification des soins .....</b>	<b>36</b>
<b>4. rôle des sages femmes dans le post-partum .....</b>	<b>37</b>
a. modification de la pratique des sages-femmes .....	37
b. motifs de recours .....	38
c. Compétences des sages-femmes.....	38
<b>5. organisation des différents types de sorties .....</b>	<b>39</b>
<b>6. Impact économique .....</b>	<b>39</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>41</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>43</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>46</b>
Annexe 1 : grille d'entretien.....	46
Annexe 2 : verbatims .....	46

## RESUME

**Contexte** : La coordination des soins ville-hôpital à la sortie de la maternité contribue à améliorer l'offre de soins. Elle est un des axes phares de la loi HPST et du plan périnatalité. La réduction de la durée de séjour, le développement des retours précoces à domicile et le programme d'accompagnement du retour à domicile incitent les professionnels de santé à communiquer. L'objectif principal de cette étude était d'identifier chez les sages-femmes libérales les représentations de la coordination des soins à la sortie de la maternité dans la métropole lilloise.

**Méthode** : Une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée a été menée auprès de sages-femmes libérales. Dix entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés puis codés en double aveugle avec triangulation des données à l'aide du logiciel Nvivo®.

**Résultats** : La coordination entre la maternité et les sages-femmes libérales dans le cadre des sorties anticipées était satisfaisante. L'organisation des soins au sein du secteur libéral était plus complexe. Une mauvaise communication entre les médecins traitants et les sages-femmes était observée, la concurrence entre ces deux professions entravait les relations. Il existait un problème de redondance des consultations lors du suivi à domicile simultanément par le médecin traitant, la sage-femme libérale et la Protection Maternelle Infantile, traduisant une perfectibilité dans la communication et l'organisation des soins. Une amélioration des rapports avec les médecins traitants paraissait essentielle, ainsi qu'une démocratisation du suivi par une sage-femme libérale quel que soit le type de sortie.

**Conclusion** : La confrontation des représentations des sages-femmes à celle des autres acteurs du suivi en post-partum a révélé des failles dans la communication. Cette étude est un préambule à la réalisation d'études quantitatives qui permettront de faire émerger des pistes d'amélioration.

## ABSTRACT

**Background:** Coordination of-hospital care at discharge from maternity hospital improves care provision. It is one of the leading axes HPST and perinatal plan. The reduction in length of stay, the development of early returns home and the support program for the return home encourage health professionals to communicate. The main objective of this study was to identify among liberal midwives representations of care coordination at discharge of maternity hospital in Lille.

**Method:** A qualitative study with grounded theory analysis was conducted among liberal midwives. Ten individual semi-structured interviews were conducted and treated by double-blind coded data triangulation using Nvivo® software.

**Results:** Coordination between maternity hospital and liberal midwives as part of early discharge was satisfactory. The organization of care within the liberal sector was more complex. Poor communication between doctors and midwives was observed, competition between these two professions hindered relations. There was a problem of redundancy consultations during simultaneous home monitoring by the physician, the independent midwife and protection of mothers and children (PMI), reflecting perfectibility in communication and organization of care. Improved relations with referring physicians seemed essential and a democratization of monitoring by independent midwife whatever the type of outcome.

**Conclusion:** Comparing the performances of midwives to other agents in postpartum follow-up revealed failing in communication. This study is a preamble to the achievement of quantitative studies that will open to other prospects for improvement.



## CONTEXTE

La politique de santé actuelle en France, est en faveur d'un raccourcissement de la durée de séjour en maternité. La durée moyenne est ainsi passée de 5,3 à 4,3 jours entre 1997 et 2010. Cette évolution s'accompagne logiquement d'une réorganisation des soins dans le post-partum, avec une plus grande implication des professionnels libéraux.

Le plan périnatalité 2005-2007 avait pour objectif de mieux répondre aux attentes des usagers des maternités autour de quatre grands principes : « humanité, proximité, sécurité, qualité ».

Pour plus de proximité, il était indispensable d'organiser les conditions d'un suivi pré- et post-natal proche du domicile des parents tout en veillant à la complémentarité et la coordination entre les différents acteurs, quel que soit leur lieu d'exercice, dans le cadre de réseaux (ville/PMI/hôpital) de périnatalité. Et notamment par la participation des sages-femmes libérales dont les conditions d'intervention en pré et post-partum existent déjà. (1)

Pour évaluer le plan périnatalité, plusieurs enquêtes ont été effectuées :

- Une enquête auprès des usagères des maternités, menée par la DREES à la fin de l'année 2006, permettait d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France. Il était mis en évidence un manque d'accompagnement des patientes dans le post-partum, une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité et déplorait des carences en matière de conseils et d'informations. Ces reproches n'étaient pas directement imputés à la durée de l'hospitalisation puisque les trois quarts des femmes jugeaient la durée de séjour à la maternité adéquate. (2)

- Une enquête nationale périnatale réalisée en mars 2010 intervenait peu de temps après la mise en œuvre du plan périnatalité 2005-2007.(2)

Il ressortait, en 2010, que 98% des établissements étaient membres d'un réseau de santé périnatal contre 92 % en 2003. Ces réseaux incluait la protection maternelle et infantile (PMI) huit fois sur dix, des professionnels libéraux pour huit maternités sur dix et d'autres professionnels de santé dans la moitié des cas.

L'accompagnement des femmes et des nouveau-nés à la sortie de la maternité était d'autant plus important que la durée du séjour en maternité tendait à raccourcir.

Lorsqu'il était organisé, cet accompagnement était essentiellement assuré par une sage-femme libérale (cité par 72 % des maternités), une sage-femme de la PMI (cité par six établissements sur dix) ou une puéricultrice de la PMI (cité par neuf établissements sur dix). D'après les établissements cette prise en charge concernait un petit nombre de femmes, sans qu'on puisse savoir si elle était effective (avec un rendez-vous fixé) ou théorique (proposition d'une liste de contacts). 64 % des établissements prévoyaient les visites de sages-femmes libérales pour un petit nombre de femmes et seulement 8 % les destinaient à toutes les femmes.

La prise en charge des mères et des enfants à la sortie de la maternité était organisée dans le cadre d'un réseau près d'une fois sur trois, essentiellement par la visite à domicile de professionnels du réseau. Un répertoire de ces professionnels existait dans deux maternités concernées sur trois.(2)

La loi HPST de 2009 (3) replaçait le médecin généraliste au centre de la prise en charge et mettait l'accent sur la coopération entre professionnels de santé.

La réduction de la durée du séjour en maternité est dans de nombreux pays sous tendue par la volonté de limiter les dépenses de santé.

En France, où le nombre de maternité a été réduit malgré une natalité toujours croissante, la sortie précoce répond aussi à un besoin des services d'obstétrique de pouvoir augmenter leur turn-over. Cela permet de prendre en charge le nombre croissant de naissances à moyens constants en transférant le coût de la prise en charge sur le système de santé ambulatoire.(4)

Les établissements de santé perçoivent une rémunération basée sur leur volume d'activité qui les incite à réduire les durées de séjour au profit de l'accueil d'un plus grand nombre de patientes(5).

Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO) dans le champ de la sortie de maternité a été expérimenté en mars 2010 dans quelques CPAM puis généralisé dès février 2012. Il vise à répondre à une demande des patientes d'un meilleur accompagnement dans le post-partum dans un contexte de réduction du temps d'hospitalisation. Le conseiller de l'Assurance Maladie propose l'adhésion au programme, au sein de l'établissement, aux patientes en post-partum physiologique, jugées éligibles par l'équipe médicale et les met en relation avec la sage-femme libérale de leur choix. Les critères d'éligibilité sont : Parturiente de plus de 18 ans sans comorbidité ni complication ; naissance d'un enfant unique ; accouchement par voie basse ; nouveau-né à terme dont le poids est en rapport avec l'âge gestationnel et ne présentant pas de problème d'alimentation.(6)

Un retour précoce à domicile (RPDA) est défini par une sortie entre J0 et J2 pour un accouchement par voie basse et entre J0 et J4 pour un accouchement par césarienne. La première visite de la sage-femme a lieu le lendemain de la sortie si celle-ci se fait avant J2 ou le surlendemain pour les sorties après J2. Les consultations suivantes sont planifiées par la sage-femme libérale avec la mère. Les critères pour envisager un retour précoce sont : une grossesse normale avec suivi

régulier, un accouchement par voie basse ou césarienne non compliquée, un enfant unique, un équilibre sur le plan psychologique et socio environnemental, un enfant en bonne santé eutrophe avec perte de poids de moins de 7%.<sup>(7)</sup>

Ces sorties précoces sont encadrées depuis 2004 par les recommandations de l'ANAES et doivent respecter trois conditions :

- La mère et l'enfant doivent être en bon état de santé physique et psychologique, et les conditions sociales doivent être satisfaisantes
- La mère doit être autonome pour l'allaitement, les soins du bébé et l'observation des signes d'alerte concernant elle-même ou son bébé.
- Le suivi doit être organisé par des professionnels organisés et compétents pour le suivi médical, psychologique et social, pour l'accompagnement de l'allaitement et des soins de puériculture. <sup>(8)</sup>

En 2012, une note de cadrage de la HAS étendait ces recommandations à l'ensemble des sorties de maternité en recherchant les conditions optimales pour un retour à domicile.

Ces travaux ont abouti à l'élaboration de nouvelles recommandations en mars 2014 par la HAS. <sup>(9)</sup>

Les sages-femmes sont des professionnels de la périnatalité dont les compétences se sont progressivement élargies en France ces dernières années.

La sage-femme prend en charge de manière autonome la femme enceinte de la période anténatale à la période postnatale. L'examen postnatal, peut être pratiqué par une sage-femme. Depuis 2004, les sages-femmes ont le droit de faire la déclaration de grossesse.

La loi HPST de 2009, prévoyait un élargissement des compétences des sages-

femmes au suivi gynécologique de prévention des femmes et à la contraception, ainsi qu'une participation aux processus d'aide médicalisée à la procréation.(10)

On observe une augmentation croissante du nombre de sages-femmes libérales avec une augmentation moyenne de 6,3% par an depuis 1995 selon la CNAMTS.

Le nombre de sages-femmes libérales a triplé en 20 ans et la croissance des effectifs s'est accélérée en 2008-2009. Le développement de l'exercice libéral des sages-femmes suppose désormais de redéfinir leur rôle et de le réorienter vers le suivi postnatal et le suivi périnatal global (11).

C'est autour de cette nouvelle loi qu'un groupe de travail a été mis en place à l'initiative du Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Lille et du Président de la Commission Médicale de l'Etablissement en juin 2012, avec pour objectif d'améliorer la coordination des soins ville-hôpital. Notre étude s'inscrit dans le cadre du projet vilhop&co. Ce projet visant à explorer la coordination entre le CHRU de Lille et le secteur ambulatoire est composé de deux bras principaux comportant chacun quatre thèses conduites parallèlement, un bras chirurgie ambulatoire et un bras maternité. Ce travail s'inscrit dans le bras concernant la sortie de maternité et explore le point de vue des sages-femmes libérales, les autres travaux de thèse explorant le point de vue des médecins généralistes, des patientes et des gynécologues obstétriciens/pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre.

Le projet global s'organise en trois phases, une première phase exploratoire qualitative, dans laquelle s'inscrit ce travail de thèse, qui permettra de faire émerger des pistes d'amélioration en partant du point de vu des acteurs de soins; une seconde phase quantitative à partir de questionnaires élaborés grâce aux données de la première phase ; et une troisième phase interventionnelle avec mise en place et évaluation des pistes d'amélioration.

Notre étude a pour objectif principal d'identifier, chez les sages-femmes libérales, les représentations concernant la coordination des soins à la sortie de la maternité.

L'objectif secondaire de ce travail est de déterminer les perspectives d'améliorations de cette coordination.

## MATERIELS ET METHODES

### **A. Méthode qualitative**

Il s'agissait d'une étude qualitative, le choix de la méthode avait été fait de manière à répondre à l'objectif principal. La méthode qualitative permettait le recueil des perceptions des individus par une stratégie de recherche souple et adaptative, elle laissait une place à l'interprétation et à la subjectivité dans l'analyse des informations.

Elle permettait une connaissance holistique du contexte de recherche qui pourrait être utilisée lors de la réalisation des recherches quantitatives concernant la deuxième phase du projet Vilhop&Co.

### **B. Population**

L'échantillonnage fut raisonné en recherchant une variation maximale.

Le recrutement des sages-femmes fut orienté en termes d'âge, de sexe, d'année d'installation, de type d'exercice (à domicile ou au cabinet) d'appartenance à un réseau de périnatalité (réseau OMBREL), de convention signée avec la maternité Jeanne de Flandre concernant la sortie précoce (retour précoce à domicile après accouchement). Le secteur de recrutement a été étendu à Lille métropole.

Ce recrutement a été complété par un effet boule de neige, en demandant aux sages-femmes interviewées de proposer à leurs collègues de participer à l'étude.

Les sages-femmes avaient été contactées une première fois par téléphone, si elles n'étaient pas joignables un message était laissé. Puis le chercheur s'était déplacé afin de présenter le projet brièvement et d'obtenir le consentement oral des sages-femmes ainsi que leur adhésion au projet. Il a été prévu des dates de focus group cependant le nombre nécessaire de sages-femmes n'avait jamais été obtenu du fait

de contraintes professionnelles importantes. Il avait donc été décidé de procéder à des entretiens individuels, la plupart des entretiens avaient eu lieu au cabinet des sages-femmes, certains avaient été réalisés au domicile des sages-femmes.

### **C. Recueil des données**

Les données avaient été recueillies de septembre 2013 à septembre 2014 par enregistrement audio des entretiens individuels semi structurés. Il était initialement prévu de réaliser un recueil des données par focus group, la méthode avait dû être modifiée du fait des contraintes professionnelles des sages-femmes libérales qui n'avaient pas permis de réunir suffisamment de participantes pour la réalisation de focus group. Un guide d'entretien avait été utilisé (cf. annexe 1), après élaboration de ce guide, une conciliation entre les internes des différents bras avait été faite de manière à disposer d'un outil validé par l'ensemble des acteurs du projet de recherche, et qui permettait de répondre à l'objectif principal de l'étude. Le guide d'entretien avait été modifié au fil des entretiens de manière à adapter la trame aux réponses des participants. Le chercheur avait mené l'ensemble des entretiens. Les entretiens avaient été retranscrits en intégralité dans Word® (verbatim). Les passages trop personnels ont été coupés *a posteriori*.

Les entretiens respectaient l'anonymat des participants et leur consentement oral avait été recueilli avant l'entretien. Le recueil des données avait été fait jusqu'à saturation théorique des données. La saturation avait été obtenue après neuf entretiens et vérifiée par un dixième.

### **D. Analyse**

L'analyse avait été faite au fur et à mesure à partir des verbatim retranscrits. Une



approche par théorisation ancrée avait été menée. La théorisation ancrée est une méthode inductive d'interprétation des données, il existe un *continuum* entre le recueil et l'analyse des données permettant d'adapter le guide d'entretien aux pistes émergentes des entretiens préalables (12). Les données avaient été codées en double aveugle par deux chercheurs à l'aide du logiciel Nvivo®, chaque mot ou groupe de mots avaient été regroupés sous un même intitulé conceptualisant dit « code ouvert ». La concordance des codages avait été systématiquement recherchée, pour une triangulation des données de manière à assurer la validité interne de l'étude.

## **E. Recherche bibliographique**

Préalablement à l'étude, une recherche bibliographique avait été menée pour préciser le contexte de recherche.

Les mots clés utilisés étaient :

- Profession de sage-femme (MeSH)
- Sortie de maternité
- Coordination des soins
- Sortie précoce de maternité
- Recherche qualitative
- Coordination ville-hôpital
- Programme de retour précoce à domicile

Les moteurs de recherche utilisés étaient google scholar, pudmed, EMpremium.

Les équations de recherche avaient associé les mots clés selon diverses combinaisons avec les opérateurs booléens.

## RESULTATS

### A. Recueil des données

Les entretiens avaient permis un recueil des données auprès de dix sages-femmes libérales, la saturation des données avait été obtenue au bout de 9 entretiens et vérifiée par un dixième ne retrouvant pas de nouvelle idée émergente.

Les sages-femmes SF1 et SF4 travaillaient dans le même cabinet et les sages-femmes SF6 et SF7 également.

Un seul maïeuticien avait accepté de participer à l'étude permettant d'augmenter la variance de l'échantillon.

Toutes les sages-femmes exerçaient dans la métropole lilloise à Lille, Wattignies, Haubourdin, Mons en Baroeul, Quesnoy sur Deûle et La Madeleine.

**Tableau 1 : caractéristiques des participants.**

Individu	sexe	Groupe d'âge	année d'installation	type d'exercice	Adhésion OMBREL	Convention RPDA
SF 1	F	25 - 30 ans	2013	50% cabinet 50% domicile	NON	OUI
SF 2	F	30 - 35 ans	2009	cabinet	OUI	NON
SF 3	F	30 - 35 ans	2009	50% cabinet 50% domicile	OUI	NON
SF 4	F	30 - 35 ans	2012	50% cabinet 50% domicile	NON	OUI
SF 5	F	40 - 45 ans	2012	50% cabinet 50% domicile	NON	OUI
SF 6	F	45 - 50 ans	2005	cabinet	OUI	NON
SF 7	F	> 50ans	2005	cabinet	OUI	NON
SF 8	F	35 - 40 ans	2012	50% cabinet 50% domicile	OUI	OUI
SF9	M	25 – 30 ans	2013	50% cabinet 50% domicile	OUI	OUI
SF10	F	>60ans	retraîtée	100% domicile	OUI	OUI

## **B. Analyse des entretiens**

### **1. Organisation du séjour à la maternité et des différents types de sorties**

#### **a. Séjour à la maternité**

Le retour à domicile était un cap compliqué sur le plan logistique et de l'organisation familiale pour les patientes. Il existait un contraste entre le suivi rapproché de la grossesse et le lâché du post-partum.

*« Pendant la grossesse vous avez beaucoup de choses avec beaucoup de suivi et d'un seul coup il n'y en a plus que pour le bébé et plus rien pour la maman » SF6*

Les sorties anticipées représentaient une minorité des sorties. Les sages-femmes étaient globalement pour et estimaient que le bénéfice-risque était bien évalué.

Les sages-femmes étaient ambivalentes par rapport aux avantages et inconvénients des sorties anticipées, elles permettaient généralement une meilleure récupération et un regroupement familial, mais étaient aussi source de surmenage et d'épuisement maternel.

*« Elles rentrent à la maison, elles ne se reposent pas, surtout quand elles ont d'autres enfants » SF1*

Le passage d'une sage-femme à domicile était cité comme un avantage.

Ces sorties contribuaient à promouvoir le rôle des sages-femmes libérales et pouvaient constituer un mode de recrutement de patientèle.

*« L'avantage c'est [...] qu'il y ait une sage-femme qui passe à domicile » SF1*

*« Je pense que c'est un bon moyen aussi de faire connaître les sages-femmes libérales » SF1*

*« J'adore les sortie de maternité, et puis c'est aussi il faut le dire mon recrutement principal » SF5*

Elles permettaient un turn over plus important dans les maternités et une meilleure disponibilité du personnel dans les services selon les sages-femmes libérales, à condition de ne pas réduire les effectifs. Une des limites était le débordement des maternités entraînant une moins bonne évaluation de la balance bénéfique/risque.

b. Retour précoce à Domicile

Le RPDA était fait dans le cadre d'une convention signée par les sages-femmes avec la maternité Jeanne de Flandre, la patiente sortait à J2, la sage-femme passait obligatoirement le lendemain de la sortie.

La sortie était bien encadrée, des conditions de sortie étaient prédéfinies et un accord signé par la patiente.

Les patientes étaient globalement satisfaites.

*« Ils ont distribué au mois de mai un questionnaire à toutes les mamans qui étaient sorties en sortie précoce donc il y a eu 98% de satisfaction des mamans » SF4*

La convention stricte et l'obligation d'investissement dans un bilirubinomètre constituaient des obstacles à la participation des sages-femmes. Les sages-femmes équipées, reconnaissaient l'importance du bilirubinomètre et le considéraient comme indispensable en sortie précoce.

*« Nous on a fait le choix de ne pas l'acheter, et c'est une des raisons pour laquelle nous, nous n'avons pas signé, ni ma collègue ni moi la convention de Jeanne de Flandre, parce qu'ils voulaient absolument le bilirubinomètre. » SF6*

*« Mais en même temps c'est nécessaire un bilirubinomètre, enfin c'est indispensable je pense pour les sorties précoces de toute façon » SF8*

Les sages-femmes insistaient sur la nécessité d'un choix de la patiente et d'un projet parental, ainsi que sur l'importance d'une évaluation de l'entourage pour ce type de sortie.

*« quand c'est à 3 jours et qu'il n'y a personne à la maison, qu'elles sont obligées*

*d'aller faire les courses, chercher leurs autres enfants à l'école, à mon avis c'est une grosse bêtise. » SF6*

Les principaux inconvénients étaient la gestion de la montée de lait à domicile, le baby blues, l'absence d'équipe soignante disponible en permanence et le surmenage maternel, surtout présents en cas de sortie imposée.

c. PRADO

La convention du PRADO n'avait pas été signée par la maternité Jeanne de Flandre, cependant le sujet a été spontanément abordé par l'ensemble des sages-femmes interviewées. En termes de coordination, le PRADO intervenait uniquement sur le passage de la sage-femme à domicile, le lien était fait par une conseillère de la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). Pour les sages-femmes le PRADO correspondait plus à la proposition d'un service préexistant. La sortie en PRADO était faite sur la base du volontariat, les patientes bénéficiaient d'une inscription immédiate de l'enfant sur la carte vitale, les critères de sortie étaient définis.

Les sorties en PRADO se faisaient entre J3 et J5, la sage-femme passait le lendemain de la sortie.

Il n'y avait pas de retour de la sage-femme vers la maternité en termes de feuille de suivi.

Les patientes étaient globalement satisfaites de la prise en charge dans le cadre de ce programme.

Le PRADO restait souvent méconnu des patientes.

Les sages-femmes avaient parfois l'impression de faire des visites superflues chez des patientes qui allaient bien, elles regrettaient que ce type de sortie ne soit pas proposé à des patientes plus nécessiteuses du fait de critères de sélection restreints.

*« Les visites Prado en général sont des mamans qui vont bien pour lesquelles il n'y a pas de soucis particuliers, alors que certaines femmes qui ont eu une césarienne, ou*

*qui ont accouché et qui sont très jeunes, ont peut-être plus besoin de soutien. » SF6*

Les avantages du PRADO étaient un accompagnement des patientes, une organisation familiale plus facile avec une meilleure récupération pour certaines patientes.

## **2. Rôle de la sage-femme dans le post-partum**

### **a. Ressenti des sages-femmes libérales sur leur rôle dans le post-partum**

Les sages-femmes estimaient être un relais important pour la surveillance médicale de la mère et de l'enfant.

Les sages-femmes définissaient leur rôle principalement comme un accompagnement, une réassurance, une mise en confiance de la patiente.

*« Un rôle d'accompagnement avant tout, [...] de donner confiance aux dames » SF2*

Elles recentraient la patiente sur elle-même, avaient un rapport privilégié permettant de répondre à des questions plus intimes concernant la sexualité et la contraception.

*« Je trouve que le rapport est complètement différent avec les mamans et qu'au niveau relationnel je m'y retrouve plus. [...] elles nous accueillent chez elles [...] c'est une relation qui est géniale, je trouve, avec les mamans. » SF4*

Elles avaient une place dans le développement de la relation parent-enfant, elles conseillaient sur le maternage et les règles de sécurité pour l'enfant.

Elles disaient avoir un rôle préventif concernant le risque thrombo-embolique, les conseils de repos et la protection du périnée.

Dans le cadre des visites à domicile, les sages-femmes appréciaient le contact plus intimiste avec les patientes, ces dernières étaient satisfaites notamment par la constance de l'interlocuteur.

*«C'est vrai qu'il y a comme ça un lien qui se crée, de par ce métier de sage-femme, avec les femmes qui nous livrent beaucoup beaucoup de choses.» SF7*

Les sages-femmes avouaient une préférence pour les visites chez des patientes déjà connues.

Plusieurs sages-femmes évoquaient une action préventive des visites à domicile dans la dépression du post-partum.

*« La première chose pour la prévention des dépressions, c'est quand même l'accompagnement, c'est une histoire humaine donc voilà. » SF5*

b. Motifs de recours à une sage-femme libérale dans le post-partum

Les patientes prenaient peu l'initiative de contacter une sage-femme libérale, on notait une difficulté à demander de l'aide.

*« Il y en a d'autres qui auraient bien besoin d'un petit passage pour booster, notamment, souvent c'est l'allaitement qui pose problème au début, [...]. Il y a des gens qui ne savent pas demander de l'aide. » SF2*

La plupart des interventions dans le post-partum immédiat se faisaient dans le cadre d'un RPDA ou du PRADO, parfois à la demande de la patiente. La sage-femme restait un professionnel de proximité.

L'alimentation du nouveau-né était au centre des préoccupations maternelles, aussi bien en cas d'allaitement maternel qu'artificiel. Les demandes par rapport au bébé étaient prédominantes. La pesée, les soins de cordon, étaient fréquemment retrouvés comme motifs de consultation.

Concernant les patientes, elles consultaient pour des problèmes d'épisiotomie, de douleur abdominale, de suspicion de phlébite et para phlébite.

La rééducation périnéale était également un motif de consultation.

c. Les compétences des sages-femmes libérales

Les compétences des sages-femmes étaient limitées à la physiologie, elles ne se substituaient pas au médecin généraliste ou pédiatre.

*« Mon rôle à moi c'est de surveiller que tout est normal. » SF3*

Les sages-femmes se sentaient à l'aise avec les questions d'allaitement.

L'allaitement faisait partie de leur formation initiale, elles avaient acquis une expérience professionnelle ainsi que personnelle le plus souvent.

Les sages-femmes avaient la double compétence pour prendre en charge la maman et le bébé. L'examen du nouveau-né faisait partie intégrante de la visite à domicile.

Certaines sages-femmes reconnaissaient manquer d'expérience en la matière et trouvaient nécessaire de se former spécifiquement à cet examen. Une sage-femme avait dit ne pas vouloir prendre la responsabilité de l'auscultation cardiaque du 10<sup>ème</sup> jour.

*« Je pense que je manque un peu de pratique quand même » « c'est dans mes projets aussi d'aller passer quelques matinées avec la pédiatre de maternité pour faire des examens cliniques. » SF6*

*« L'auscultation cardiaque des 10 jours par exemple, je ne prendrais pas cette responsabilité-là, j'écoute le cœur en Prado quand je vais à la maison, mais sinon, voilà, je trouve que je ne suis pas assez spécialisée [...] vous avez fait plus d'années d'études, les pédiatres c'est encore plus spécialisé enfant, moi je ne suis que sage-femme. » SF3*

Les sages-femmes parlaient également de leur compétence en suivi gynécologique.

Elles réalisaient les consultations du post-partum à 6-8 semaines, sur ce plan, il existait une mise en compétition avec les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens, on notait une dévalorisation de cette compétence par la maternité au travers des courriers qui ne citaient pas les sages-femmes libérales dans ce cadre.

*« Je suis désolé, le truc qui m'agace le plus, c'est de marquer consultation post natale [...] par gynéco ou médecin traitant, c'est absolument aberrant voilà. Mes patientes à moi que j'ai suivi toute la grossesse, j'ai tout fait et qui vont voir un autre gynéco [...] pour une consultation post natale. » SF9*



Elles regrettaient que leurs compétences soient méconnues des pédiatres et des médecins généralistes.

*« Je pense que les médecins généralistes ne connaissent pas forcément les sages-femmes [...] ni les compétences. » SF9*

### **3. Communication entre les différents acteurs à la sortie de la maternité**

#### **a. SFL/maternité**

Pour les RPDA, la coordination de la sortie était satisfaisante, la maternité appelait les sages-femmes le jour de l'accouchement ou le lendemain, les transmissions étaient faites de sage-femme à sage-femme par téléphone.

Les sages-femmes notaient une volonté de la part de la maternité d'ouvrir sur le libéral.

Il y avait peu de patientes ré adressées à la maternité, les patientes étaient réticentes à retourner à la maternité quand cela était nécessaire. Lorsque les patientes devaient être ré adressées, le contact se faisait par téléphone avec l'interne des urgences, les sages-femmes écrivaient un courrier manuscrit pour accompagner la patiente.

Les motifs pour lesquels les patientes étaient renvoyées à la maternité étaient la suspicion de phlébite, l'endométrite, les problèmes d'épisiotomie nécessitant un geste chirurgical, l'ictère du nourrisson et l'hypertension maternelle.

En cas de difficultés psychologiques maternelles, le relais était fait avec la maternité pour les suivis psychologiques. Il avait également été évoqué un accès facile à l'hôpital Fontan par le biais d'une coordinatrice qui semblait satisfaire les sages-femmes y ayant eu recours.

*« Ils [à l'hôpital Fontan] sont très faciles d'accès et vraiment il n'y a pas eu de regard péjoratif » SF6*

b. SFL/médecin traitant

Les relations entre les sages-femmes et les médecins généralistes étaient ambiguës, il y avait une notion de concurrence décrite par les sages-femmes, l'accueil par les médecins généralistes était mitigé. Les sages-femmes se sentaient illégitimes et avaient à cœur de ne pas évincer le médecin généraliste du suivi, elles relayaient une peur du médecin de perdre ses patientes.

*« Je sais qu'ils ont peur que les sages-femmes libérales leur prennent une partie de leur patientèle de femmes enceintes, de suivi gynéco » SF1*

*« On a aussi quand même le retour de quoi elle se mêle la sage-femme » SF7*

*« C'est aussi aux sages-femmes de montrer que le médecin traitant a aussi tout à fait sa place dans ce dispositif, que ce n'est pas de la concurrence déloyale entre les professionnels » SF9*

Il existait un manque de communication, les contacts directs étaient rares, les sages-femmes écrivaient un courrier ou téléphonaient au médecin lorsqu'elles adressaient une patiente. Certaines rédigeaient également un compte-rendu de rééducation périnéale à l'intention du médecin quand celui-ci en était le prescripteur.

Les sages-femmes soulignaient leurs efforts, elles allaient se présenter aux médecins, parfois à plusieurs reprises, dans le but de créer un lien et de les informer sur leur champ de compétence.

Une consultation systématique du médecin traitant à J8 était préconisée par la maternité et critiquée par les sages-femmes qui pointaient une redondance des soins et trouvaient plus logique une consultation vers un mois en l'absence de problème particulier.

Les principaux motifs de relais au médecin traitant étaient l'hypertension artérielle et la mastite pour la mère, le reflux gastro œsophagien, la faible prise de poids et le muguet pour l'enfant.

Lorsqu'elle était présente, la coordination avec le médecin traitant était appréciée par les sages-femmes. Les motifs amenant les médecins traitants à adresser une patiente à la sage-femme étaient le suivi de grossesse, le suivi gynécologique, les problèmes d'épisiotomie et l'allaitement. Le médecin n'écrivait jamais de courrier. Le rôle du médecin généraliste était décrit comme plus médical, il était garant du suivi de l'enfant et de la famille, il réalisait l'examen du 8eme jour.

Les sages-femmes considéraient le médecin comme un pivot dans la continuité et l'organisation des soins.

*« Le pivot du dispositif c'est quand même le médecin traitant » SF9*

Les obstacles évoqués à la consultation du médecin traitant étaient : la barrière de la secrétaire, la réticence des patientes à attendre en salle d'attente parfois contournée par une visite à domicile du médecin.

#### c. SFL/gynécologues

Les gynécologues étaient garants de la clôture de la grossesse, et prenaient à leur charge une partie des visites post-natales.

Les sages-femmes avaient peu de contact avec les gynécologues, elles n'en ressentaient pas le besoin en post-partum.

Certaines sages-femmes envoyaient un compte rendu de rééducation périnéale aux gynécologues.

#### d. SFL/pédiatres

Les sages-femmes évoquaient une réticence des pédiatres à la sortie anticipée de bébé de petits poids, elles disaient qu'ils leur préféraient les puéricultrices de PMI pour le suivi des nouveau-nés.

*« Il y a un problème au niveau des pédiatres sur la prise en charge des bébés par les sages-femmes » SF8*

Le pédiatre libéral était placé par les sages-femmes comme un relais du médecin

généraliste.

e. SFL/PMI

La PMI était citée comme relais dans les situations précaires, l'accent était mis sur l'avantage d'un travail en réseau avec la proposition systématique d'un passage à domicile pour les primipares.

Certains centre de PMI avaient été cités comme ressource en matière d'allaitement, avec un rôle dans la surveillance à long terme des allaitements, des prises de poids, et par la présence parfois de consultante en lactation au sein de la structure.

La PMI était aussi un relais en cas de difficultés psychologiques chez la mère.

f. Autres acteurs associatifs

Les sages-femmes parlaient des associations de soutien à l'allaitement (la leche ligue et sollidarilait) aux patientes, avec modération car elles leur trouvaient parfois un coté extrémiste.

Les patientes étaient satisfaites de leur contact avec les associations, cependant elles étaient peu à y avoir recours d'après les sages-femmes.

g. Le réseau OMBREL

Le réseau de périnatalité était un bon outil à la fois pour les professionnels (informations, formations) et pour les particuliers (multiples informations, accès à la liste des sages-femmes).

Malgré une information en anténatal par les sages-femmes libérales, le réseau OMBREL restait plutôt méconnu des patientes.

La permanence téléphonique pour l'allaitement était citée comme ressource par les sages-femmes pour les patientes.

h. SF/ostéopathes

Les sages-femmes conseillaient la consultation d'un ostéopathe en cas de reflux ou de coliques.

i. Entre les sages-femmes et les patientes

Les sages-femmes se rendaient disponibles pour leurs patientes, elles donnaient facilement leur numéro de portable en cas de soucis, elles laissaient aux patientes la possibilité de leur envoyer un texto ou de les appeler. Il existait des débordements de la part des patientes mais plutôt rares. Un aspect pratique était trouvé aux textos.

*« Par texto c'est super pratique, je réponds quand j'ai le temps, je peux plus facilement répondre à un petit texto rapide alors que je suis en consultation » SF3*

Certaines sages-femmes utilisaient également l'e-mail pour communiquer avec leurs patientes.

Pour l'organisation des visites à domicile, les sages-femmes appelaient systématiquement les patientes pour confirmer leur passage et l'heure de rendez-vous.

Elles rappelaient également systématiquement les patientes réorientées vers la maternité.

*« Quand je renvoie des mamans à la maternité, systématiquement je rappelle le lendemain pour avoir des nouvelles. » SF5*

**4. Moyens de communication mise en œuvre en post-partum**

a. Courrier de sortie

Le courrier de sortie était décrit comme un support important. Le contenu était globalement suffisant. Le courrier type paraissait peu informatif, un courrier personnalisé serait plus utile. Il manquait souvent les antécédents de la patiente. Les courriers devaient selon les sages-femmes, contenir la valeur de l'ictéromètre.

*« La valeur de l'ictéromètre parce que si j'ai un taux un peu élevé, j'aime bien savoir si il est en train de monter ou en train de descendre quand même. » SF5*

Il apparaissait utile que le courrier soit accompagné d'une fiche de liaison de la sage-

femme contenant le dernier examen de la mère et l'enfant, ainsi que d'un compte rendu d'accouchement.

Le courrier était adressé via la patiente, les sages-femmes appréciaient qu'un exemplaire leur soit destiné personnellement.

b. Feuille de liaison

Dans le cadre du RPDA, les sages-femmes renvoyaient un compte rendu ainsi qu'une feuille de photothérapie cochée, le renvoi se faisait par voie postale ou par fax, certaines sages-femmes trouvaient cela contraignant, dans certains cas ce compte rendu était inutile selon elles.

*« Après le fait d'avoir le compte rendu et de devoir le rendre, c'est quand même assez contraignant, je trouve, personnellement, parce que si jamais il y a un problème, euh, on agit [...] le courrier pour qu'il soit rangé dans le dossier, pour moi ce n'est pas très intéressant. » SF5*

c. Ordonnances

Les patientes sortaient de la maternité avec leurs ordonnances pour la contraception et la rééducation périnéale ainsi que pour les traitements mis en œuvre à la maternité (antibiothérapie, traitement de la crise hémorroïdaire). En cas de RPDA, la prescription de la contraception était confiée à la sage-femme libérale. Il manquait souvent des prescriptions pour les soins de cordon et le tire lait.

Les sages-femmes étaient limitées dans leurs prescriptions, les ordonnances rédigées concernaient essentiellement la contraception, les soins de cordon, un peu d'homéopathie et des laxatifs.

Certaines sages-femmes se disaient en difficulté pour la prescription de la contraception notamment du fait de l'absence de précision sur les antécédents de la patiente.

*« Alors, nous on se retrouve à prescrire une contraception, mais sans antécédents,*

*c'est quand même un peu délicat. » SF4*

La prescription du tire lait était faite par la sage-femme libérale.

d. Le carnet de maternité

Le carnet de maternité était systématiquement conservé par la maternité en post-partum. Les sages-femmes trouvaient intéressant d'y avoir accès, du moins à une copie, notamment pour les données biomédicales concernant les antécédents des patientes ainsi que sur le déroulement précis de l'accouchement. Elles reconnaissaient l'importance de cet outil dans le suivi de la grossesse et dans celui des grossesses suivantes.

*« Ça serait bien, ou au moins une photocopie peut être du dossier, si ils veulent garder une trace, ou le mettre dans le compte rendu. » SF4*

e. Le carnet de santé

Le carnet de santé était décrit comme un très bon outil de liaison. Il contenait des informations sur l'accouchement et les premiers jours de vie, les sages-femmes insistaient sur l'importance d'une courbe de poids bien remplie en maternité.

*« Le carnet de santé, ce que je regarde quand je le prends pour la première fois à un PRADO : poids de naissance, poids de sortie, évolution de la courbe de poids, voir si l'examen pédiatrique était normal à la sortie, si il n'y avait pas de soucis particuliers. » SF3*

Certaines sages-femmes évoquaient une adaptation possible du carnet de santé en incluant une courbe de photothérapie, ce qui permettrait une unification des pratiques pour le moment maternité dépendantes.

*« Il manque dans le carnet de santé, moi je trouve qu'il devrait y avoir une courbe d'ictéro dans le carnet de santé. » SF9*

Parfois le carnet de santé pouvait pallier l'absence de courrier de sortie.

*« Ça nous sert justement quand on n'a pas de courrier de sortie pour avoir les*

*informations concernant la naissance. » SF1*

Les sages-femmes remplissaient la courbe staturo-pondérale et notaient leur examen sur la page O à 2 mois, en cas de RPDA elles mettaient le guthrie. Une seule sage-femme avait dit ne pas se sentir légitime pour remplir l'examen clinique dans le carnet de santé.

*« Peut-être parce que je ne me sens pas légitime par rapport à un médecin ou un pédiatre voilà donc du coup je ne le remplis pas. » SF6*

f. Les documents de vulgarisation remis à la patiente à la maternité

Les documents d'information et de prévention remis aux patientes à la maternité étaient le plus souvent non lus ou lus tardivement, les patientes n'avaient pas le temps de lire et étaient noyées dans les papiers. Elles ne lisaient pas non plus les informations contenues dans le carnet de santé.

Il était important que l'information orale soit accompagnée d'un support écrit, il était également nécessaire que l'information puisse être répétée lorsque la situation se présentait : *« Les limites de l'info théorique anticipée » SF7.*

## **5. Planification des soins**

### a. Anténatal

#### i. Préparation à la naissance réalisée par les SFL

Un cours était spécifiquement dédié à l'allaitement et à la conduite à tenir en cas de problème ou d'interrogation dans le post-partum. Le guide de l'allaitement était distribué par certaines sages-femmes lors de cette séance.

#### ii. Consultation d'orientation JDF

Les sages-femmes regrettaient les difficultés rencontrées pour joindre la consultation.



b. Post natal

Les sages-femmes soulevaient le problème de la redondance dans les soins entre le médecin traitant, la PMI et leur propre passage.

*« Il y a des mamans qui ne comprennent pas pourquoi sur une semaine de temps, elles voient 2 fois la sage-femme qui pèse leur bébé, qui fait l'examen de leur bébé et qu'elles doivent quand même aller voir leur médecin traitant pour faire la même chose » SF1*

*« Parfois ça m'arrive, elles ont vu soit le médecin traitant, soit le pédiatre le matin, ou alors elles y vont juste après moi quoi, donc là bon je me demande un peu à quoi je sers » SF3*

Les consultations de suivi post natal entre 8 jours et 8 semaines post accouchement était méconnues des patientes, les sages-femmes évoquaient l'existence de ces visites à domicile lors des cours de préparation à la naissance ou lors d'une visite dans le cadre du PRADO, elles regrettaient que l'information ne soit pas relayée dans les maternités.

Lorsqu'elles avaient l'information, les patientes utilisaient le plus souvent au moins une des deux visites prévues.

*« J'ai quand même pas mal de mamans qui, quand je les informe qu'elles avaient le droit à ces RDV-là, me disent « ah ben si j'avais su... je les aurai utilisés » pas forcément les deux mais en général les mamans qui sont au courant elles en prennent au moins un. » SF3*

Concernant la consultation post natale, elle était pour les sages-femmes, un moyen de faire le point, l'occasion de réaliser un frottis.

Leur compétence en gynécologie leur permettait également de poser un stérilet.

La rééducation périnéale représentait une part importante de l'activité des sages-femmes, elle était l'occasion de répondre aux questions des jeunes mères.

### c. La problématique de l'allaitement

En matière d'allaitement il apparaissait primordial de respecter le projet parental du couple.

Les consultations d'allaitement étaient reconnues comme longues.

Selon les sages-femmes, les médecins traitants manquaient de formation en matière d'allaitement, à l'exception de quelques-uns qui s'y intéressent particulièrement.

*« Les médecins traitants, les médecins généralistes ne sont pas forcément formés à l'allaitement » SF9*

Les ressources utilisées par les sages-femmes étaient surtout les consœurs sages-femmes ou consultantes en lactation, elles utilisaient également certains sites internet ainsi que la lecture de manuels et des publications de la leche ligue destinées aux professionnels. Les sages-femmes exprimaient un souhait de formation continue en matière d'allaitement.

Les sages-femmes orientaient les patientes vers les consultantes en lactation, les associations, le réseau OMBREL et la permanence téléphonique, elles conseillaient certains sites internet.

### d. Organisation professionnelle des sages-femmes libérales

Le développement des sorties anticipées et du suivi du post-partum précoce par les sages-femmes libérales modifiait la pratique des sages-femmes et il était opportun pour le développement des installations en libéral. Il permettait un suivi global des patientes et était une source d'épanouissement professionnel pour les sages-femmes.

*« Voilà, ça permet aussi de varier un petit peu, donc moi je trouve que pour ma pratique à moi, c'est vraiment un plus, je suis ravie de faire des Prado. » SF3*

*« Je trouve que ça fait un travail global, moi c'est un peu pour ça que je me suis installée en libéral. » SF6*

Les visites dans le cadre du RPDA s'avéraient chronophages.

Les visites à domicile allongeaient le temps de travail, impliquaient de travailler le WE et d'organiser ses vacances.

La plupart des sages-femmes avaient des créneaux réservés aux sorties de maternité, et les soins en post-partum précoce s'intégraient dans un projet professionnel. Ce type de pratique était synonyme de désorganisation du travail, il fallait savoir travailler avec l'imprévu. La variabilité du nombre de visites ne rendait pas toujours possible le dégagement de créneaux dédiés du fait de l'impact économique pour la sage-femme.

*« C'est sûr que le revers de la médaille c'est que le jour où il n'y en a pas et bien on ne bosse pas et on ne gagne pas d'argent » SF5*

Les sages-femmes relataient également une difficulté d'organisation avec la vie privée.

Elles se sentaient libres de refuser une visite, notamment quand la distance à parcourir était trop importante, elles avouaient faire moins d'effort pour les patientes qui n'étaient pas connues d'elles auparavant.

L'organisation était plus simple dans les cabinets de groupe.

## **6. Impact économique de l'organisation des soins dans le post-partum**

Les sages-femmes pensaient que tout le monde était gagnant d'un point de vue économique.

Elles-mêmes grâce à une cotation de l'acte majorée en cas de RPDA ou PRADO, la CPAM de par la double étiquette maman/bébé des sages-femmes et par l'économie réalisée sur les journées d'hospitalisation, la maternité qui augmente son turn over dans le cadre d'une rémunération à l'acte. Et il n'y avait pas d'impact économique pour la patiente puisque le tiers payant était généralisé chez les sages-femmes.

Il existait un équilibre au niveau de la rémunération des actes concernant les visites à domicile avant 8 jours, sans pour autant que ce soit rentable pour les sages-femmes compte tenu du temps passé.

## **7. Perspectives d'améliorations**

Les sages-femmes soulevaient essentiellement un souhait d'amélioration de la coordination avec la médecine de ville.

*« Au niveau médecine de ville ouais, on devrait avoir plus d'échanges avec les médecins. » SF4*

Elles souhaitaient que la visite d'une sage-femme à domicile soit systématiquement proposée à toutes les accouchées. Une meilleure information des patientes sur le rôle des sages-femmes libérales dans le post-partum semblait un bon moyen d'y parvenir.

Les sages-femmes n'étaient pas favorables à une généralisation des sorties précoces, certaines patientes n'étaient pas prêtes à sortir précocement, il apparaissait important de laisser le choix aux femmes.

*« J'ai un peu peur qu'au final on leur impose les sorties au bout de 2 jours dans quelques années pour tout le monde, et je crois qu'il y a des femmes pour qui à mon avis, ça sera un peu difficile. » SF3*

Concernant les courriers de sortie, on devait y voir apparaître les antécédents et la dernière valeur de l'ictéromètre pour que ceux-ci soit complets et exploitables par les sages-femmes.

## DISCUSSION

### **A. Critique de la méthode (forces et faiblesses)**

Il existe un biais d'interprétation inhérent à la recherche qualitative, ce dernier a été minimisé par une retranscription *ad integrum* des entretiens et une triangulation du codage.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, ce qui constitue une force à l'étude en permettant la sélection d'un échantillon valide.

Le recrutement des sages-femmes peut être critiqué, en effet un recrutement par boule de neige a débouché à deux reprises sur des entretiens au sein du même cabinet.

Le recrutement était localisé à Lille métropole, cela diminue la variance de l'échantillon. Cependant, le fait d'avoir interrogé une population homogène augmente la force globale de l'étude et sa validité interne, même si cela reste un obstacle à la généralisation des résultats obtenus. Ce mode de recrutement était primordial pour intégrer l'étude dans le projet global Vilhop&co et pouvoir croiser nos résultats avec ceux obtenus dans les autres bras.

L'ensemble des entretiens ont été menés par l'investigateur, interne en médecine, le manque d'expérience de l'interviewer peut être critiqué. Pour pallier ce manque d'expérience, la grille d'entretien avait été réalisée par l'interviewer et testée de manière à se familiariser avec la grille et la technique d'entretien. Le fait que tous les entretiens aient été menés par le même interlocuteur constitue une force.

## **B. Discussion des résultats**

### **1. Communication entre les différents acteurs à la sortie de la maternité**

#### **a. Entre la maternité et les sages-femmes libérales**

De notre étude, il ressort une bonne coordination entre la maternité et les sages-femmes libérales, notamment dans le cadre du RPDA, ce résultat est aussi retrouvé dans sa thèse le Dr GONCE (13) qui met en évidence, du point de vue des gynécologues et pédiatres, une bonne collaboration ville-hôpital entre la maternité Jeanne de Flandre et les sages-femmes libérales.

Cependant cette bonne communication reste unilatérale et ne semble plus valable lorsque les sages-femmes ré-adressent une patiente ou un nourrisson à la maternité. Même si cela reste rare, la ré-hospitalisation d'une mère ou d'un nouveau-né est toujours compliquée du fait de l'absence de circuits de soins prévus, une ré-hospitalisation entraîne souvent une séparation de la mère et l'enfant. Pour la mère, un passage par les urgences est quasi systématique avec l'attente et l'inconfort que cela implique.

La transmission d'information lors d'une sortie anticipée est maternité dépendante, c'est également ce que retrouve Anne BATTUT dans son mémoire concernant les maternités d'Île de France (14). Les sages-femmes estiment que l'information est globalement insuffisante notamment en ce qui concerne les antécédents médicaux, le déroulement de l'accouchement et les transmissions concernant le nouveau-né.

#### **b. Entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes**

Les relations entre sages-femmes et médecins généralistes sont surprenantes, le ressenti est complexe et plusieurs paramètres interviennent en dehors même de l'acte de soins et de coordination, notamment des problématiques de recrutement de patientèle concurrentielle inhérentes à l'exercice libéral.

Dans sa thèse, le Dr DAUSSY(15), mettait aussi en évidence un manque de contact

entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, et au-delà de ce manque de communication, une minorité exprimait ne pas souhaiter travailler ensemble et ressentaient une certaine rivalité. Ces résultats concordent parfaitement avec la description faite par les sages-femmes de leur relation avec les médecins dans notre étude, avec cette notion de concurrence très présente.

Au contraire, les gynécologues et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre interrogés sur le même sujet par le Dr GONCE(13) pensaient qu'il existait une bonne coordination entre les médecins généralistes et les sages-femmes.

C'est bien le reflet d'un décalage entre les croyances hospitalières et la réalité du terrain en ville avec les contraintes imposées par l'activité libérale des sages-femmes et des médecins, un vrai travail de collaboration et de communication semble nécessaire, ainsi qu'une information sur les compétences et les limites de chacun. Cette notion de concurrence entre sages-femmes libérales et médecins généralistes est retrouvée par BERTRAND L. dans son mémoire. Les sages-femmes évoquaient, comme dans notre étude, une crainte des médecins généralistes de perdre leur patientèle, cette situation entraînait selon elles un frein à la collaboration avec les médecins généralistes.(16)

c. Entre les sages-femmes libérales et les gynécologues/pédiatres

Selon les médecins généralistes, il existait une relation privilégiée entre les sages-femmes et les gynécologues (15), ce n'est pas ce qui est retrouvé dans notre travail, en effet les sages-femmes décrivaient plutôt des contacts rares.

Les sages-femmes ressentent une réticence des pédiatres vis à vis leur compétence pour l'examen du nouveau-né et la surveillance des nourrissons de faible poids, ce ressenti a déjà été décrit en 2012 dans l'enquête de l'UNSF : « Dans les commentaires, des sages-femmes ont mentionné la question du manque de confiance des pédiatres dans la compétence des sages-femmes et leur réticence à

laisser sortir les bébés à J3.» (17)

Il s'agit là d'une inquiétude réelle mise en avant dans un communiqué de presse des sociétés françaises de pédiatrie néonatalogie et médecine périnatale fin 2012. La politique française est de confier le suivi des enfants en bas âge autant que possible à un pédiatre, le programme PRADO peut venir altérer le parcours de soins des nouveau-nés en l'absence de préparation suffisante. (18)

## **2. Moyens de communication mis en œuvre en post-partum**

### **a. Courrier de sortie**

Pendant longtemps, aucun courrier de sortie de maternité n'a été adressé aux sages-femmes libérales, avec l'apparition des sorties précoces, elles deviennent l'acteur principal de la surveillance dans le post-partum de la mère et l'enfant. La plupart des maternités citées dans notre étude dont la maternité Jeanne de Flandre ont changé leur pratique et adressent systématiquement un courrier nominatif aux sages-femmes libérales.

Le courrier de sortie est un outil primordial pour assurer la coordination des soins à la sortie d'hospitalisation. Dans l'enquête de l'UNSF (17), l'absence de données médicales est citée par les sages-femmes comme une difficulté à la prise en charge, source d'insécurité pour les sages-femmes, chronophage et à risque d'erreur.

Des propositions d'amélioration du courrier avec rappel des antécédents de la patiente et de ses traitements habituels pourraient être envisagées.

Dans l'article de PITERMAN (19) qui analysait les courriers entre médecins généralistes et spécialistes, le courrier type permettait d'améliorer la qualité et la rapidité d'édition des courriers mais ne permettait pas de transmettre des informations personnalisées. Les sages-femmes de notre étude signifiaient qu'un courrier type était le plus souvent transmis, il paraissait peu informatif, il lui serait



préférait un contenu plus personnalisé.

Une autre piste d'amélioration du courrier serait de le personnaliser en fonction des patientes.

b. Carnet de maternité

Les recommandations de l'ANAES de 2004 prévoyaient que le carnet de maternité puisse être mis à jour par la maternité et servir de support pour la transmission d'informations entre la maternité et les professionnels chargés du suivi.(8)

Les sages-femmes de notre étude précisent ne jamais avoir accès à ce carnet en post-partum, celui-ci restant à la maternité. Il existe pourtant dans le carnet de maternité une partie dédiée au suivi post-partum.

c. Feuille de liaison

Les recommandations de l'ANAES stipulent qu'un document de liaison, contenant les données nécessaires au suivi de la mère et de l'enfant, assure la continuité de ce suivi. Il revient à chaque structure de créer ou choisir le document de liaison adapté.(8) Ceci contribue à une communication maternité dépendante avec une grande variabilité dans la transmission des informations.

d. Ordonnances

Les patientes sortent de la maternité avec leurs ordonnances, les sages-femmes libérales complètent les prescriptions notamment avec la contraception en cas de sortie précoce. Les droits de prescription des sages-femmes s'exercent dans le champ de leurs compétences, les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration font partie de la liste des médicaments pouvant être prescrits. (20)

### 3. Planification des soins

Il existe un défaut dans la planification des soins en post natal, les différents acteurs n'étant pas coordonnés, il arrive que des consultations sage-femme et médecin ou sage-femme et PMI soient faites le même jour. C'est dommage car il y a là une perte à la fois de temps pour les professionnels de santé et bien sûr d'argent. Ce problème de redondance avait également été décrit par l'UNSSFF dans son enquête de satisfaction PRADO (17) avec des convocations en pédiatrie le même jour que le passage d'une sage-femme.

Dans son mémoire, Anne BATTUT a décrit le manque d'information des patientes sur la possibilité d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale comme un frein aux sorties anticipées (14). La méconnaissance de l'organisation des soins et des possibilités de consultation par les patientes a également été soulevée dans notre étude, il apparaît alors primordial de développer cette information en pré natal de manière à favoriser des projets de sorties anticipées réfléchis par les couples et préparés.

Dans son enquête satisfaction PRADO (17), l'UNSSFF (union nationale et syndicale des sages-femmes) montre que 25% des sages-femmes trouvent que cette activité est bénéfique pour leur cabinet et 9% pensent que cela peut participer à le développer. Le PRADO est sans doute une opportunité pour les sages-femmes libérales de développer leur activité et faire connaître leurs compétences. La majorité des sages-femmes limitent la prise en charge des patientes à ce qui leur est possible. Cette enquête retrouve également la notion de priorité à la patientèle suivie par la sage-femme et des difficultés concernant la prise en charge de patientes inconnues.

Cette notion de priorité aux « patientes connues » met en avant l'intérêt

professionnel des sages-femmes pour un suivi global, on retrouve également ce point de vue dans le mémoire d'Anne BATTUT avec un intérêt des sages-femmes pour assurer la continuité des soins et une qualité de travail auprès des femmes.(14)

Dans le mémoire d'Anne BATTUT, les sages-femmes évoquaient les mêmes freins organisationnels à la prise en charge que dans notre étude, avec une augmentation du temps de travail au détriment de la vie personnelle, une désorganisation du temps de travail, une difficulté à assurer les visites les week-end et jours fériés.(14)

Les visites durant le week-end arrivent en deuxième position des difficultés du PRADO observées par les sages-femmes libérales. En 2012, dans l'enquête de l'UNSSF, les visites les week-ends étaient également retrouvées comme un frein à la prise en charge des patientes. (17)

Concernant les déplacements, les distances à parcourir trop longues sont sources de refus de visite par les sages-femmes, il existe un périmètre intuitif d'intervention défini par chaque sage-femme avec une limite de temps de trajet autour de 20 à 30 minutes selon les sages-femmes.

#### **4. Rôle des sages-femmes dans le post-partum**

##### **a. Modifications de la pratique des sages-femmes**

L'exercice libéral des sages-femmes est en pleine expansion avec une augmentation du nombre de sages-femmes libérales de 6,7% par an entre 2000 et 2010, atteignant 9% par an entre 2008 et 2010, à l'issue de leur formation les sages-femmes s'orientent d'avantage vers l'exercice libéral, avec un développement des cabinets de groupe. Les sages-femmes libérales s'installent également plus jeunes en libéral qu'auparavant. (21)

b. Motifs de recours

Les motifs de recours aux sages-femmes retrouvés dans les entretiens étaient comparables à ceux de la littérature, notamment ceux abordés dans l'étude de M.DOLBEAU(22), à savoir : les soins de cicatrices et la contraception pour les mères, et les conseils sur l'alimentation et le poids pour l'enfant. Dans notre étude, on retrouvait aussi très présentes des demandes sur l'ensemble des soins de nursing à l'enfant, soins de cordons, mode de couchage, prévention des accidents domestiques.

c. Compétences des sages-femmes

La situation 6 du référentiel métier des sages-femmes met en avant les compétences des sages-femmes dans le post-partum pour assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite du post-partum. La pratique de l'examen général de l'enfant et le repérage de situation pathologique chez le nouveau-né fait partie de ces compétences, de même que l'examen gynécologique de la mère. Il est également mis en avant, la compétence d'écoute, d'accompagnement, la sage-femme donne des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé, elle a un rôle important dans la mise en place de l'allaitement et son accompagnement. La sage-femme est également compétente pour accompagner le développement du lien « mère-enfant » et assurer la transmission d'information notamment en remplissant le carnet de santé de l'enfant.(23)

La notion de méconnaissance des compétences des sages-femmes par les médecins généralistes est décrite également dans le mémoire de BERTRAND L., 66% des médecins disaient ne peu ou pas connaître leurs compétences, et les sages-femmes trouvaient que cela constituait un obstacle à leur collaboration. (16)

## **5. Organisation des différents types de sorties**

La durée de séjour en maternité tend à raccourcir, les retours précoces à domicile sont en augmentation, de 1,7% en 1994, ils sont passés à 7% en 2002.

Cette tendance suit celle d'autres pays industrialisés qui devancent la France sur ce point.

Les avantages et inconvénients cités par les sages-femmes concernant le retour précoce à domicile étaient comparables à ceux retrouvés dans l'étude d'Anne BATTUT réalisée en île de France. (14)

A son instauration en 2010 le PRADO a été très controversé à la fois par les syndicats de Sages-femmes libérales(24) qui pointaient une disparité territoriale, un manque de reconnaissance quant à la valorisation des actes dans ce contexte. Mais les critiques s'étendaient également aux syndicats des médecins généralistes (25) et aux gynécologues obstétriciens (26). Tous critiquaient l'intervention d'un agent administratif pour faire le lien entre la patiente et la sage-femme libérale, et les professionnels de santé aussi bien libéraux qu'hospitaliers déploraient ne pas avoir été concertés dans le cadre de la mise en place du programme.

Cependant, du côté des patientes, 91% des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent très satisfaites d'après une évaluation réalisée par la sécurité sociale.(27)

## **6. Impact économique**

La rémunération des actes de la sage-femme libérale dans le suivi du post-partum est un point important en termes d'attractivité pour ce type de soins. La cotation SF16 égale à 44,80euros pour les deux premières visites avant J7 semblait adaptée

aux sages-femmes, elles y trouvent une juste rémunération, par contre les visites suivantes cotées SF12 soit 33,60euros pour les deux visites suivantes avant J7 et les visites après J7, la rémunération est jugée insuffisante. C'est ce qui était mis également en évidence par Anne BATTUT avec les tarifs en vigueur en 2007. (14)

## CONCLUSION

La coordination des soins à la sortie de la maternité est globalement bonne du point de vue des sages-femmes libérales, notamment lorsqu'elle est encadrée dans le cadre du PRADO ou d'un RPDA. Elle pourrait cependant être améliorée, notamment par la généralisation des visites à domicile des sages-femmes à toutes les accouchées, y compris en dehors des sorties anticipées organisées.

Il semble essentiel de faire un travail en amont de l'accouchement, pendant la période anténatale, d'information des patientes sur leurs droits en ce qui concerne les visites d'une sage-femme dans le post-partum ainsi que sur le rôle que peut avoir la sage-femme, au moment du retour à domicile, dans la continuité des soins.

Le point noir mis en avant par les sages-femmes libérales est celui du manque de communication avec les médecins généralistes, pivot légitime de la coordination des soins en ville. La notion de concurrence reste prépondérante, peut-être du fait d'une méconnaissance des compétences de chacun.

En confrontant nos résultats à ceux des autres bras, on remarque dans l'ensemble, une méconnaissance de chaque partie sur l'état de la collaboration et de la communication entre les autres acteurs de soins, il manque une vision globale par chacun du réseau des intervenants autour de la sortie de maternité.

Notre étude se place comme une étude pilote visant à explorer largement les champs de la coordination des soins à la sortie de la maternité. D'autres études seraient nécessaires et sont prévues par le projet global Vilhop&Co avec une deuxième phase quantitative puis une troisième phase interventionnelle.

D'autres projets similaires sont également en développement dans d'autres régions, ce qui permettra d'extrapoler les résultats et de proposer des interventions ciblées

pour l'amélioration de la coordination des soins en sortie de maternité.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bréart G, Puech F, Rozé JC. plan périnatalité 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la santé; 2004.
2. Vilain A. Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DRESS études et résultats n°776; 2011.
3. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 2]. Available from: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>
4. Petitprez K, Poullié A-I. NOTE DE CADRAGE « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation). Haute autorité de santé; 2012.
5. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2013 février;42(1):76–85.
6. assurance maladie. PRADO PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients hospitalisés Le champ de la Maternité [Internet]. 2012. Available from: [http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40\\_PRADO\\_SF\\_DIAPORAMA\\_02\\_2012-2.pdf](http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf)
7. E. Servan-Schreiber a, C. Garabedian a, P. Deruelle a, b, \*, a Pôle d'obstétrique, Maternité Jeanne-de-Flandre, Centre hospitalier régional universitaire de Lille, avenue Eugène-Avinee, 59037 Lille, France, b EA 4489 « Environnement périnatal et croissance », Faculté Henri-Warembourg, Université Lille 2, 59045 Lille cedex, France. Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie/obstétrique. obstétrique. 2014 avril;9(2).
8. Anaes. Recommandations pour la pratique clinique Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile (mai 2004). Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005 Mar;33(3):170–84.
9. HAS. sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 2]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat\\_reco2clics\\_sortie\\_de\\_maternite-120314.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf)
10. article L4151-1 du code de santé publique. profession de sage femme. conditions d'exercice. legifrance;
11. le rôle des sages femmes dans le système de soins. rapport de la cour des comptes. sécurité sociale; 2011.
12. Hennebo N. GUIDE DU BON USAGE DE L'ANALYSE PAR THEORISATION ANCREE PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE version 1.0 [Internet]. 2009

- [cited 2015 Dec 2]. Available from: <http://www.theorisationanree.fr/guide.pdf>
13. Gonce C. Identifier chez les gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité [Thèse d'exercice]. [lille]: lille 2; 2014.
  14. Battut A. Les sorties précoces postnatales à domicile, un partenariat hospitalo-libéral Étude réalisée en Île-de-France. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues16340760000700618](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues16340760000700618) [Internet]. 2008 Oct 7 [cited 2014 Jul 9]; Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/177562/resultatrecherche/10>
  15. DAUSSY AS. Identifier chez les médecins généralistes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandres [Thèse d'exercice]. [lille]: lille 2; 2014.
  16. BERTRAND L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: paul sabatier Toulouse - école de sage femme; 2008. Available from: [http://www.memoireonline.com/06/08/1149/m\\_collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes0.html](http://www.memoireonline.com/06/08/1149/m_collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes0.html)
  17. UNSSF union nationale et syndicale des sages femmes. enquête satisfaction PRADO. 2012.
  18. Simeoni U, Chabrol B, Puech F, Saliba E. Communiqué de presse à propos du programme PRADO de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie [Internet]. Par la Société Française de Médecine Périnatale, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Néonatalogie.; 2012 [cited 2015 Jan 2]. Available from: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/121031\\_PRADO\\_com-presse.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121031_PRADO_com-presse.pdf)
  19. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. *Intern Med J.* 2005 Aug;35(8):491–6.
  20. LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [Internet]. ordre de sages femmes conseil national; 2011 [cited 2015 Jan 2]. Available from: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1217\\_MÃ%0DICAMENTS AUTORISÃ%0SAUXSF12 octobre2011femmes.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1217_MÃ%0DICAMENTS AUTORISÃ%0SAUXSF12 octobre2011femmes.pdf)
  21. Cavillon M. la profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectif. DRESS études et résultats n°791; 2012.
  22. Dolbeau M. L'accompagnement à domicile après une première naissance: les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares? Nancy, France: Université de Lorraine; 2012.

23. REFERENTIEL METIER ET COMPETENCES DES SAGES-FEMMES. ordre de sages femmes conseil national; 2010.
24. UNSSF union nationale et syndicale des sages femmes. PRADO : la mise au point de l'UNSSF [Internet]. notre point de vue sage femme libérale; 2011 [cited 2015 Jan 31]. Available from: <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=72&cntnt01returnid=21>
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) après hospitalisation [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 31]. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/programme-d-accompagnement-du-retour-domicile-prado-apres-hospitalisation-1175>
26. CNGOF collège nationale des gynécologues et obstétriciens français. Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions... [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 31]. Available from: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/120131\\_PRADO.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/120131_PRADO.pdf)
27. Assurance maladie. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 31]. Available from: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/23102013\\_DP\\_Point\\_de\\_situation\\_Prado.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Point_de_situation_Prado.pdf)

## ANNEXES

### Annexe 1 : guide d'entretien des sages-femmes

#### GRILLE D'ENTRETIEN SAGES FEMMES

Présentation : prénom, âge, type de pratique, année d'installation

**Quand avez-vous vu la dernière fois une patiente en sortie de maternité?**

**Pouvez-vous raconter comment ça s'est passé?**

1- PLANNIFICATION DES SOINS (entre GO-PED/MG/SF et patientes)		
<i>Que pensez-vous de la planification de soins à la sortie de la maternité ? comment l'organisez-vous ?</i>		
- Planification prénatale (consultations)		
- Planification de la sortie en anténatale (collaboration au choix du type de sortie)		
- Contact avec les professionnels de santé (GO- PED/MG/SF)		
- RDV avec GO-PED, MG, SF		

2- INFORMATION ET COMMUNICATION		
<i>Que pensez-vous des contacts que la maternité entretient avec les professionnels de santé ?</i>		
- Offre de formation continue		
- Information sur les sorties, suivi de grossesse		
- Courrier de sortie		
<i>Que pensez-vous des contacts que la maternité entretient avec vous ?</i>		
- Infos comprises		
- Suffisantes pour un retour à domicile en sécurité		
- Consultation du MT dans les jours suivant la sortie		
<i>Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec GO-PED/MT ?</i>		
<i>Que pensez-vous des ordonnances qui vous sont fournies à la sortie de la maternité ?</i>		
- Quel type		
- Quelle durée		

- Rôle du médecin traitant si les ordonnances sont faites, impact sur votre suivi		
- Exhaustivité		
<i>Que pensez-vous des documents de vulgarisation remis à la patiente au cours de son séjour en maternité (dépistage auditif, prévention mort subite, allaitement et alimentation, risques domestiques...) ?</i>		
- Compréhension		
- Adaptation à la situation		

<b>Courriers de sortie</b>		
<i>Que pensez-vous du courrier de sortie de la maternité JDF ?</i>		
- présence/absence de courrier		
- Contenu		
- Délai de réception		
- Mise en page format		
- Lisibilité, compréhensibilité		
- Clarté		
<i>Que voudriez-vous y voir figurer de plus ?</i>		

<b>carnet de santé de l'enfant</b>		
<i>Que pensez-vous du carnet de santé comme outil de liaison ?</i>		
- Délivrance		
- Contenu		
- Information des parents sur son importance dans le suivi		

<b>Carnet de maternité</b>		
<i>Quelle utilisation faites-vous du carnet de maternité ?</i>		
- Contenu		
- Accès		
- Présentation aux professionnels de santé en post partum en tant qu'outils de coordination		

<b>3- CONTINUITÉ DES SOINS</b>		
--------------------------------	--	--

<i>Comment percevez-vous la continuité des soins ?</i>		
- <u>Représentation de leur pratique en tant que SF</u>		
Investi dans le post-partum et le suivi du NN Adaptée et suffisante Que pensez-vous que les GO-PED attendent de vous ? Que pensez-vous que les MT attendent de vous ?		
- <u>Délivrée par les gyneco-obstétriciens</u>		
Place des GO en sortie de maternité relation		
- <u>Place du médecin traitant</u>		
Représentation de leur rôle en sortie de maternité Rôle adapté ? Existence d'une relation privilégiée avec GO-PED/SF		
- <u>Place des réseaux de périnatalité, en particulier OMBREL</u>		
Information des patientes Utilité		
- <u>Place de la PMI</u>		

<b>4- TYPE DE SOINS DELIVRES</b>		
<i>Comment percevez-vous les différents types de sortie de maternité ?</i>		
- Le PRADO		
Avantages et inconvénients		
- Le RPDA		
Avantages et inconvénients		

<b>5- ASPECT ECONOMIQUE</b>		
<i>Est-ce que le coût des soins intervient dans la décision de sortie ?</i>		
<i>Quel bénéfice d'une sortie précoce pour la société ?</i>		
<i>Quel bénéfice pour vous en tant que sage-femme ?</i>		

<b>6- PERSPECTIVES</b>		
<i>Quelles sont vos attentes, vos perspectives d'amélioration de la coordination</i>		

**Annexe 2 : verbatims**

Cf CD-ROM ci joint

**FIDRY Julia**

**mardi 7 avril 2015 à 18H**

**Identifier chez les sages-femmes libérales les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité.**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : médecine générale**

**DES de médecine générale**

**Mots-clés** : coordination des soins, réseau de soins, sages-femmes libérales, sortie de maternité, représentations, perceptions, médecine générale, communication.

**Contexte** : La coordination des soins ville-hôpital à la sortie de la maternité contribue à améliorer l'offre de soins. Elle est un des axes phare de la loi HPST et du plan périnatalité. La réduction de la durée de séjour, le développement des retours précoces à domicile et le programme d'accompagnement du retour à domicile incitent les professionnels de santé à communiquer. L'objectif principal de cette étude était d'identifier chez les sages-femmes libérales les représentations de la coordination des soins à la sortie de la maternité dans la métropole lilloise.

**Méthode** : Une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée a été menée auprès de sages-femmes libérales. Dix entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés puis codés en double aveugle avec triangulation des données à l'aide du logiciel Nvivo®.

**Résultats** : La coordination entre la maternité et les sages-femmes libérales dans le cadre des sorties anticipées était satisfaisante. L'organisation des soins au sein du secteur libéral était plus complexe. Une mauvaise communication entre les médecins traitants et les sages-femmes était observée, la concurrence entre ces deux professions entravait les relations. Il existait un problème de redondance des consultations lors du suivi à domicile simultanément par le médecin traitant, la sage-femme libérale et la Protection Maternelle Infantile, traduisant une perfectibilité dans la communication et l'organisation des soins. Une amélioration des rapports avec les médecins traitants paraissait essentielle, ainsi qu'une démocratisation du suivi par une sage-femme libérale quel que soit le type de sortie.

**Conclusion** : La confrontation des représentations des sages-femmes à celle des autres acteurs du suivi en post-partum a révélé des failles dans la communication. Cette étude est un préambule à la réalisation d'études quantitatives qui permettront de faire émerger des pistes d'amélioration.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur SUBTIL Damien**

**Assesseurs : Professeur TRUFFERT Patrick, Docteur CALAFIORE Matthieu**

**Directeur de thèse : Docteur BAYEN Marc**