



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Identifier chez les patientes les représentations et les perspectives
d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité
Jeanne de Flandre.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 14 Avril 2016 à 18h00
au Pôle Formation de la faculté de médecine Henri Warembourg.

Par Aurore FLOUR

JURY

Président :

Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Assesseurs :

Monsieur le Professeur STORME Laurent

Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur DELEPLANQUE Denis

Avertissement

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

Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile

RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement

OMBREL : Organisation Mamans Bébé de la REgion Lilloise

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

JDF : Jeanne De Flandre

MG : Médecin Généraliste

SFL : Sage-femme Libérale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

Table des matières

Résumé	1
Abstract.....	2
Contexte.....	3
Matériels et méthodes.....	8
Résultats	11
Discussion	44
Conclusion.....	62
Références bibliographiques	63
ANNEXES	66

RÉSUMÉ

Contexte : La loi HPST entend améliorer le parcours de santé des patients en décloisonnant le système de santé. La coordination des soins entre la ville et l'hôpital est devenue un enjeu majeur de Santé Publique. La coopération entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux est vitale surtout lors des sorties précoces de maternité afin de sécuriser le retour à domicile des patientes et de leurs nouveau-nés. L'objectif principal de cette étude était d'identifier chez les patientes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre (JDF) de Lille.

Méthode : Dans cette étude qualitative par théorisation ancrée, dix patientes ont participé à des entretiens semi dirigés individuels dans les 6 à 8 semaines suivant leur sortie de la maternité JDF. Les verbatim ont été codés en double aveugle et triangulés à l'aide du logiciel Nvivo®. Le taux de concordance était de 95%.

Résultats : La coordination des soins est une notion vague pour les patientes. Elles remarquaient des problèmes de réception du courrier de sortie. Elles demandaient plus d'informations notamment sur les soins du bébé et les ordonnances de sortie. Les patientes étaient satisfaites de leur prise en charge en sortie précoce : la maternité organisait le passage d'une sage-femme libérale à domicile. Cependant leurs rôles en post-partum restaient méconnus des patientes sorties normalement. Le médecin généraliste était l'intervenant principal en postpartum mais certaines patientes préféraient être suivies par une sage-femme libérale ou la PMI. Elles regrettaient l'absence d'une consultation de contrôle au sein de la maternité JDF.

Conclusion : La coordination des soins reste à perfectionner selon les patientes. L'organisation de séances post-natales, le développement des réseaux de périnatalité, l'amélioration de la communication entre professionnels et de l'information des patientes sont des pistes d'amélioration à examiner.

ABSTRACT

Background: The HPST law aims at improving the patients' health by de-compartmentalizing the health system. Coordinating the health care process between hospitals and cities is a major stake for Public Health. The cooperation between private and hospital healthcare providers is vital, especially for early discharge of maternity, in order to secure mothers and babies when they come back home. This study aimed at identifying how FEMALE patients imagined care coordination when leaving the maternity ward Jeanne De Flandre in Lille, and identifying how they thought care coordination may be improved.

Method: In this qualitative study by grounded theory, ten patients took part in semi-structured interviews during the six to eight weeks following their discharge of maternity. The transcripts were coded in double blind and triangulated with NVivo® software. The concordance rate was of 95%.

Results: Care Coordination is a vague notion for female patients. They noticed problems with reception of discharge letters. They wanted more information about baby care instructions and prescriptions. Patients were satisfied with the support of early discharges: a midwife's consultation at domicile was organized by the maternity ward. However, little about the midwives' role in postpartum care after normal discharge was known by patients. The general practitioner was the main actor in postpartum care but some patients would prefer to be taken care of by midwives or PMI. They regretted the lack of control consultation by the maternity ward.

Conclusion: According to patients, the coordination of care still needs to be improved. Organizing postnatal meetings, developing perinatal networks, improving the communication between professionals as well as the patients' information are potential sources of improvement to be studied.

CONTEXTE

Si la France est championne d'Europe en matière de natalité (820 000 naissances en 2014) (1) et de fécondité (1,99 enfants par femme en 2013) (2), elle se classe parmi les derniers en ce qui concerne la mortalité néonatale.

Selon le dernier rapport EURO – PERISTAT (3), notre pays ne se classe qu'au 17^e rang européen de la mortalité néonatale avec 2,3 décès de nourrissons de moins de 27 jours pour 1000 naissances. Ce rapport, financé par l'Union Européenne, place donc la France derrière l'Estonie ou la République Tchèque alors qu'elle était classée au 6^e rang européen en 2005.

La mortalité maternelle (décès d'une femme en cours de grossesse et jusqu'à 42 jours après, de cause obstétricale directe ou indirecte) en France (9,6 / 100000) se situe au dessus de la moyenne européenne (6,3 / 100000) et bien loin de la Suède dont le taux est deux fois inférieur.

Des facteurs de risque ont été identifiés : augmentation de l'âge maternel, obésité, tabagisme, césarienne... Cependant, l'organisation des soins, les pratiques médicales et la prise en charge des femmes enceintes sont également à prendre en compte.

Le rapport du Comité National d'Expert sur la Mortalité Maternelle (4) estime que 46% de ces morts seraient évitables ! Leurs causes seraient un traitement inadapté (59% des cas), un retard au traitement (36%), un diagnostic non fait (32%), une erreur thérapeutique (27%) ou une négligence de la patiente ou de son entourage (12%).

Face à ce constat alarmant, la HAS a identifié (5) 3 situations du parcours de soins en périnatalité nécessitant une vigilance spécifique :

- Les transferts en urgence de la femme enceinte (6);

- L'hémorragie du post-partum, 1^{ère} cause de mortalité maternelle en postpartum;
- La sortie de la maternité car 42.5% des décès maternels surviennent après la 24^{ème} heure et avant le 42^{ème} jour (7).

Dans un contexte de forte natalité, la fermeture des petites maternités redirige les patientes vers des maternités de niveau II et III, qui totalisent parfois plus de 3000 naissances par an. Afin d'accueillir un plus grand nombre de patientes, les maternités proposent des sorties précoces (72 heures après un accouchement par voie basse, 96 heures après une césarienne).

L'enjeu est également devenu financier pour les établissements de santé depuis la mise en place de la tarification à l'activité par la loi Hôpital – Santé – Patient – Territoires (HPST).

La durée de séjour en maternité en France est passée de 5,3 à 4,2 jours entre 1997 et 2011 (8). Le temps d'observation en maternité des nouveau-nés se réduit alors que le temps d'adaptation à la vie extra utérine s'étend sur un minimum de 5 jours (9). Malgré tout, nous sommes encore loin des autres pays de l'OCDE dont la durée moyenne de séjour est de 3,0 jours (8).

En Angleterre, par exemple, l'hospitalisation après un accouchement normal varie de 6 heures à 2 jours. La durée moyenne y est de 1,6 jours. Quatre-vingt-dix-huit pourcent des parturientes anglaises recevaient 3 à 4 visites d'une sage femme à domicile (10).

En Hollande, un tiers des femmes accouche à domicile (11) avec une sage-femme et une aide de couches assiste les jeunes mamans en moyenne 6 heures par jour pendant 8 jours. Si l'accouchement a lieu en maternité, les jeunes mamans restent hospitalisées en moyenne 8 heures en post-partum. Le suivi post natal standard prévoit 6 visites de la sage-femme à domicile dans les 12 jours suivant la naissance.

Sortir plus tôt implique donc de déplacer le suivi post-natal vers le domicile.

Depuis 2013, la CPAM a étendu (12) au niveau national le PRADO pour les femmes qui viennent d'accoucher. Son but est d'anticiper les besoins des patientes lors du retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville. Il prévoit le passage d'un conseiller de l'assurance maladie à la maternité lorsque la sortie est autorisée par l'équipe médicale. Ce conseiller va mettre la patiente en relation avec une sage-femme libérale qui assurera le suivi à domicile dès le lendemain de la sortie. Une seconde visite 24 à 48 heures après la première permet à la sage-femme libérale de s'assurer du bon état de santé du couple mère/enfant.

Le RPDA prévoit une sortie de la maternité dès le lendemain de l'accouchement. Ce mode de sortie est proposé aux mères majeures habitant dans une zone couverte par une sage femme-libérale conventionnée. La grossesse doit être à bas risque (≥ 38 SA), sans particularités médico-psycho-sociales. Le bébé doit peser plus de 2.5 kg et ne pas présenter de signes d'infection. Miction, émission de selles et alimentation établie (2 tétées observées) doivent être constatées avant la sortie par l'équipe de la maternité.

Des réseaux de périnatalité existent dans la région lilloise. Depuis 2001, OMBREL s'investit dans le développement des contacts entre les patientes (dites « usagers de la naissance »), les professionnels de santé et les associations (impliquées dans la périnatalité comme le CIANE, ou la Leche League et Solidarilait, engagées dans l'allaitement). Ce réseau de type associatif regroupe plus de 800 professionnels. Il recueille les réflexions et les propositions des « usagers » lors de différents échanges pour faire évoluer les relations patient-soignant ainsi que les attitudes et les pratiques en périnatalité.

La HAS recommande (13) de privilégier le travail en réseau ville – hôpital en identifiant un "réfèrent de maternité" au sein de l'établissement, chargé de répondre

aux demandes d'information, et un "réfèrent du suivi", sage-femme ou médecin de ville, chargé de la coordination des soins après la sortie de maternité. Elle suggère également l'utilisation de plusieurs outils pour favoriser la collaboration ville-hôpital :

- Contact téléphonique direct entre le professionnel de ville en demande d'information et la maternité, ouvert 7 jours / 7.
- Une fiche de liaison maternité/ville à transmettre au réfèrent de suivi comportant toutes les données médicales et non médicales nécessaires à la bonne surveillance de la mère et du nouveau-né.
- Le compte rendu du suivi en post-partum immédiat permet le retour d'information vers l'établissement, même en l'absence de complications.
- Des conventions locales prévoyant la ré-hospitalisation conjointe de la mère avec son nouveau-né.

La coordination des soins entre ville et hôpital est devenue un des enjeux majeurs de santé publique. C'est une compétence propre au médecin généraliste. Il favorise la maîtrise du parcours de soins et renforce l'efficience des soins et la qualité de la planification en santé en synthétisant les informations transmises par les différents professionnels de santé. Or, à l'heure du tout numérique, on s'aperçoit qu'il existe encore des problèmes de communication entre la ville et l'hôpital.

Le directeur du CHRU de Lille et le président de la CME ont réuni des médecins généralistes du Nord - Pas de Calais et des médecins hospitaliers en juin 2012 car des dysfonctionnements concernant le transfert d'informations et de suivi du patient ont été constatés en chirurgie ambulatoire et à la sortie des patientes de la maternité JDF.

Le projet Vil-Hop&Co maternité vise à évaluer et améliorer la coordination des soins à la sortie de la maternité JDF.

La première phase qualitative, analyse la perception et le ressenti des principaux acteurs de la coordination des soins : gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, sages femmes libérales ou patientes.

Une seconde phase quantitative sera ensuite menée par des questionnaires élaborés à partir des données ayant émergées de la recherche qualitative préalable.

Une dernière phase interventionnelle est prévue afin de mettre en œuvre et d'évaluer les pistes d'améliorations proposées.

L'objectif principal de ce travail est d'identifier chez les patientes les représentations de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre.

L'objectif secondaire de ce travail est de faire émerger des perspectives d'amélioration du suivi à la sortie de la maternité.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée. La recherche qualitative ou interprétative rassemble des techniques d'investigation permettant d'analyser les perceptions et le ressenti des personnes. Les questions ouvertes permettent une expression libre des interviewés.

Cette technique de recherche souple et interactive permet de générer des idées et des hypothèses servant de pré-test pour améliorer des techniques, des programmes, des pratiques...

L'analyse par théorisation ancrée est une méthode de recherche qualitative issue de la sociologie (*grounded theory*) (14). Elle permet de construire des théories à partir des données recueillies sur le terrain par l'enquêteur. Les hypothèses ne sont pas prédéterminées comme en recherche quantitative.

B. Population :

L'étude était mono centrique. La population était composée de patientes de la maternité JDF à Lille. Les entretiens ont eu lieu dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Le processus de comparaison constante des données obtenues et de leur analyse, inhérent à la théorisation ancrée, avait permis un échantillonnage théorique effectué au fur et à mesure de l'avancée du travail jusqu'à saturation des données.

L'échantillon était raisonné, de variance maximale regroupant des primipares, des multipares, d'âges et de catégories socioprofessionnelles différents.

Que la sortie soit normale ou précoce, le seul critère commun était la motivation des patientes pour participer à cette étude.

Les patientes ont été recrutées sur dossier à partir du service de suite de couches de l'hôpital JDF, en fonction de leur date d'accouchement, au fur et à mesure des besoins de l'étude. Puis elles ont été contactées par téléphone, toutes les patientes acceptant de participer à l'entretien ont été interviewées.

C. Recueil des données :

Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi dirigés selon un guide d'entretien [ANNEXE 1]. Il s'agissait d'une liste de thèmes à couvrir durant l'interview. Il permettait un entretien ciblé et pertinent. Les thèmes abordés ont été discutés avec les trois autres internes participant au projet VilHop&Co Maternité et validés par le directeur de thèse.

Les entretiens individuels ont été réalisés par l'enquêteur au domicile des patientes entre août 2013 et août 2014. Leur accord éclairé et signé était recueilli grâce à un formulaire de consentement [ANNEXE 2] validé au préalable par le directeur de thèse. Il était en double exemplaire et signé par les deux partis.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ensuite retranscrits mot à mot par l'enquêteur. Les transcrits d'entretien ou verbatim obtenus (en annexe sur un CD-ROM) ont été rédigés grâce au logiciel Microsoft Word®.

Le nombre d'entretiens n'était pas fixé à l'avance, le recrutement a été arrêté à saturation des données. Celle ci était atteinte lorsque les dernières entrevues n'apportaient plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour enrichir la théorie (15). La saturation des données était vérifiée dans ce travail par un entretien supplémentaire.

D. Analyse des données :

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel NVIVO®. Ce logiciel permettait un codage des données afin de dégager des thèmes.

Les informations ont été classées dans des nœuds. Il y avait trois niveaux de codage:

- Le codage source permettait de retrouver l'origine de la citation employée.
- Le codage ouvert permettait de créer des nœuds rassemblant des informations issues de plusieurs sources en fonction de leurs similitudes.
- Le codage axial permettait de dégager des thèmes en rassemblant plusieurs nœuds.

Cette modélisation par thèmes permettait de faire émerger des théories définissant l'analyse par théorisation ancrée.

Les résultats ont été analysés en binôme par double codage. Cette triangulation avec un autre chercheur permettait de croiser les codages afin d'obtenir une meilleure concordance. Le verbatim devait être codé et croisé avant de mener l'entretien suivant. Le taux de concordance final était de 95%.

E. Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique via Pubmed®, Google Scholar®, EM Premium® a été menée au préalable de cette étude avec pour mots clés : coordination des soins, réseau de soins, patientes, sortie de maternité, représentations, perceptions, médecine générale, communication.

RÉSULTATS

A. ANALYSE DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Patiente	Parité	âge	Allaitement	Profession	Sortie
1	G3P1	25 ans	artificiel	Blanchisseuse	J4
2	G3P1	27 ans	artificiel	Aide soignante	J4
3	G4P3	38 ans	artificiel	Conseillère en économie	J3
4	G3P3	34 ans	artificiel	Serveuse	J4
5	G4P4	33 ans	maternel	Enseignante	RPDA
6	G2P2	27 ans	artificiel	Militaire	J3
7	G3P3	35 ans	artificiel	Mère au foyer	J5
8	G1P1	23 ans	artificiel	Recherche d'emploi	J5
9	G2P2	22 ans	artificiel	Mère au foyer	RPDA
10	G2P2	33 ans	maternel	Docteur en médecine	J4

Cette étude avait recruté 10 patientes âgées de 22 à 38 ans. Parmi elles, trois patientes étaient primipares.

Deux patientes allaitaient de façon exclusive leur nourrisson au moment de l'interview. Certaines patientes avaient pratiqué la tétée de bienvenue sans poursuivre ultérieurement l'allaitement maternel.

Les patientes étaient de catégories socio - professionnelles variées (mère au foyer, en recherche d'emploi, ouvrière, enseignement, médicale...).

Les sorties normales avaient été faites du 3^{ème} au 5^{ème} jour suivant la naissance. Les sorties précoces (RPDA) concernaient 2 patientes.

B. ANALYSE DES ENTRETIENS

1. Perceptions des patientes sur la maternité Jeanne de Flandre

a. Le choix de la maternité Jeanne de Flandre

C'est la proximité géographique au domicile qui guidait principalement les patientes à JDF. Le plus souvent, les multipares y avait déjà accouché.

« Parce que c'est la plus proche déjà de chez moi et puis je n'ai pas été déçue aux 2 premières grossesses donc j'ai préféré continuer là ! » Patiente 7

De plus, l'établissement de niveau 3 jouissait d'une bonne réputation et son plateau technique conférait un sentiment de sécurité.

«Parce que c'est réputé tout simplement ! Ça a une bonne réputation au niveau des bébés. Je sais très bien qu'il n'y a vraiment pas d'inquiétude à avoir pour l'accouchement, pour le suivi... » Patiente 6

Parfois le parcours de soins des patientes présentant des antécédents particuliers (sous anticoagulants, maladie auto-immune...) était chaotique.

Elles témoignaient des difficultés pour trouver une prise en charge adaptée auprès de leur maternité locale, qui les transféraient vers la maternité JDF.

« Parce que... au départ le médecin traitant avait sollicité Lens qui n'avez pas su lui répondre quand j'étais allé le voir en lui disant que j'étais enceinte.[...] Donc il avait tout de suite appelé Lille. Et à Lille ils ont quand même été, je veux dire, au taquet. Elle a fait sa prescription par téléphone et lui a donné la marche à suivre en termes d'anticoagulants. Le professeur me prenait 10 jours après... » Patiente 3

b. L'accouchement

Les patientes avaient globalement un ressenti positif de leur accouchement. Elles remarquaient une prise en charge fluide et rapide. Les patientes avaient trouvé une équipe compétente et chaleureuse en salle d'accouchement malgré une première impression parfois négative.

« *Entre la maternité de Liévin et Jeanne de Flandre... c'est super médicalisé Jeanne de Flandre, j'ai eu un peu froid dans le dos quand je suis rentrée dans la salle d'accouchement.* » Patiente 3

La maternité JDF était considérée par certaines patientes comme une « usine » où les patientes étaient traitées à la chaîne, de façon expéditive, dans un environnement sur médicalisé. Elles regrettaient ainsi le manque de continuité entre le suivi pré natal, la prise en charge en salle d'accouchement et les suites de couche :

« *Ça malheureusement ... c'est l'usine un peu à Jeanne de Flandre hein... ceux qui nous suivent on ne les revoit jamais à l'accouchement. C'est pas eux qui font les accouchements et les... les filles qui nous accouchent on ne les revoit pas après ! [...] On n'a même pas le temps de les remercier en fait ! On ne les revoit plus c'est un peu... ça a toujours été un peu mon regret.* » Patiente 5

Il était parfois souligné un manque de communication lors de la survenue d'une situation d'urgence au bloc obstétrical qui était source d'angoisse pour la patiente.

« *Parce que j'ai eu 24h de travail pour accoucher et euh d'un coup d'un seul le cœur du petit s'est arrêté et donc tout le monde est arrivé dans le bloc pour avoir une césarienne en urgence et là il n'y a personne qui nous a communiqué quoi que ce soit, donc ça c'est... [...] C'est un gros problème de communication pour nous rassurer ...* » Patiente 2

c. L'équipe soignante du service

La plupart des patientes avaient apprécié l'équipe soignante, en particulier les sages femmes qu'elles trouvaient rassurantes et à l'écoute.

« Elles prennent le temps d'expliquer. Elles prennent le temps de rassurer. Parce que c'est vrai qu'on a tendance à s'inquiéter pour un 'oui' ou pour un 'non'. Et ça c'est... c'est plutôt pas mal ! » Patiente 6

Une patiente a critiqué la multiplicité du personnel en salle de travail (dont les allers et venues multiples entraînaient un manque d'intimité) et au sein de la maternité (rendant l'identification de leur nom ou de leur fonction difficile).

« Par contre, il y a beaucoup de monde qui vient. Et il y a pas mal de... enfin on a différentes sages femmes et tout donc on ne sait plus à qui parler et ça c'est chiant par contre ». Patiente 8

D'autres patientes avaient ressenti au contraire une surcharge de travail du personnel soignant qui était alors moins disponible pour fournir les explications demandées.

« Ils ne prenaient pas trop le temps de parler avec nous puisque[...] ils étaient assez débordés... Ils n'avaient pratiquement plus de chambre pour les mamans avec leurs enfants. Ils m'expliquaient quand même mais on voyait bien qu'il n'avait pas vraiment le temps... » Patiente 9

D'autres patientes disaient avoir constaté l'absence de passage de l'équipe médicale durant leur séjour. *« Je n'en ai pas vu quand j'étais hospitalisée. »* Patiente 10

La présence des étudiants (interne, sage-femme...) au CHRU était relativement bien tolérée par les patientes. Elles notaient parfois un manque d'expérience ou de connaissance des dossiers médicaux.

« Je trouve ça bien quelqu'un qui apprend comme ça ! On ne va pas toujours leur

dire non, non plus ! Je trouve ça un petit peu stupide car il faut apprendre ! Et en plus, il a très bien fait ce qu'il y avait à faire ! Je ne l'ai pas trouvé trop nerveux ou quoi que ce soit ! » Patiente 6

d. Le séjour

La majorité des patientes appréciaient leur séjour à la maternité. Les jours passés à la maternité leur avaient permis de se reposer. C'était également une période permettant de renforcer les liens avec leur bébé.

Pour certaines patientes, ce temps était considéré comme indispensable et incompressible. Elles ne souhaitaient pas raccourcir le temps en maternité, c'était parfois un motif de refus des sorties précoces.

« Parce que c'est vraiment le petit moment avec son bébé, le temps de s'y habituer aussi parce que bon... il était dans le ventre, il n'y est plus... pour moi il faut un temps d'adaptation quand même. » Patiente 6

2. Ressenti des patientes concernant les informations qui leur sont transmises

Le passage à la maternité permettait un apprentissage des soins à apporter au bébé pour les patientes primipares et une mise à jour des connaissances des patientes multipares.

Lors du retour à domicile, les patientes exprimaient malgré tout un manque d'information dans plusieurs domaines.

a. L'allaitement

Les difficultés rencontrées par les patientes souhaitant allaiter étaient multiples (montée de lait, position du bébé, nombre de tétées,...).

« Je trouve que globalement surtout avec l'allaitement on est un peu seule quand

même et les conseils il faut aller chercher soi-même. » Patiente 5

Les patientes se reposaient surtout sur l'expérience des précédents allaitements. Le principal motif d'inquiétude était la prise de poids de l'enfant.

Les conseils reçus en maternité ainsi que les encouragements étaient globalement appréciés.

« On a su me répondre et on m'a donné de bons conseils. » Patiente 7

Cependant l'allaitement maternel relevant d'une intimité particulière entre mère et enfant, certaines patientes n'appréciaient pas les conseils donnés en maternité leur préférant leur ressenti personnel.

« Il n'y a qu'à la maternité où ça ne se passait pas très bien parce que... ils me disaient que ce n'était pas comme ça qu'il fallait faire mais ça me faisait mal ! je sentais que c'était à ma façon que ça se passait bien. Au final c'est vrai que l'allaitement à la maternité ne s'est vraiment pas bien passé mais quand je suis rentrée tout s'est bien passé ». Patiente 9

Les patientes connaissaient les avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant, ainsi qu'en matière d'économie financière. Elles justifiaient le refus ou l'arrêt rapide de l'allaitement par la fatigue, la pudeur, la survenue d'une infection lors d'un précédent allaitement, ou le tabagisme actif.

« L'allaitement, j'aurais bien aimé, mais sachant que je fumais, je ne voulais pas empoisonner mon bébé ! Je l'avais déjà assez empoisonné comme ça... » Patiente 7

b. L'hygiène du bébé

Le bain du bébé était déclaré maîtrisé à la sortie de la maternité. Les patientes estimaient que l'équipe soignante avait bien expliqué la marche à suivre.

Les patientes demandaient plus d'information sur l'hygiène des oreilles, des yeux et du nez de leur bébé.

« *Le nez, ils l'ont fait trop vite en fait. Pour les oreilles ils ne me l'ont pas montré du tout mais elle était trop petite...* » Patiente 8

c. Soins du cordon

Les soins du cordon étaient perçus comme difficiles par les patientes. La crainte principale était l'infection du cordon ombilical. Elles s'avouaient particulièrement soulagées lorsqu'il tombait durant le séjour à la maternité.

Des patientes avaient reçu des informations contradictoires du personnel soignant ou de leur famille pour les soins du cordon :

« *Enfin ils se sont contredits à la maternité puisqu'il y a une sage-femme qui nous a dit de ne pas mettre de compresse de le laisser comme ça et le lendemain il y a une sage-femme qui est venue et qui a dit « si si il faut mettre une compresse » donc ils n'étaient pas d'accord entre eux donc nous on ne savait pas ...* » Patiente 1

d. Allaitement artificiel

Les patientes rencontraient des difficultés pour :

- le choix du lait (marques, formules...),
- la préparation du biberon (quantités de lait, peur de 'gaver' son bébé ou au contraire de ne pas le rassasier),
- le rythme des biberons (à la demande ou selon un rythme imposé, faut-il nourrir la nuit...),
- la conduite à tenir en cas de canicule (ajout de biberons d'eau),
- la conduite à tenir et prévention des régurgitations (choix d'un lait AR, ajout d'épaississant...),

« *C'est surtout par rapport au biberon, s'il a le hoquet, est-ce qu'il doit absolument*

faire son rot après le biberon... » Patiente 4

e. La contraception

Les patientes étaient satisfaites des explications données à la maternité concernant la contraception. La pilule était le moyen de contraception privilégié à la sortie de la maternité. C'était parfois une solution transitoire en l'attente d'un stérilet.

Les patientes avaient parfois une contraception différente en sortant de la maternité. Elles comprenaient que la contraception devait être réajustée en fonction de leurs facteurs de risques (tabagisme, hypertension artérielle, antécédents médicaux...).

Le fonctionnement des pilules progestatives était parfois mal compris.

« Ils m'ont dit de prendre Cérazette par contre c'est une pilule qui ne s'arrête jamais alors ça c'est ce qui m'a un peu choqué alors je leur ai demandé de préciser vraiment pour être sûre et en fait vous le prenez tout le temps même quand vous avez vos règles vous prenez la pilule ! [...] C'est un petit peu bizarre comme plaquette mais quand on a compris ça va quoi! »* Patiente 4

A l'arrêt de l'allaitement maternel, les patientes consultaient souvent leur médecin traitant ou leur sage-femme pour savoir si un nouveau changement de contraception était nécessaire.

« Ils m'avaient expliqué que c'était pendant l'allaitement exclusivement mais mon médecin m'a dit 'bah non vous pouvez continuer à prendre celle là'... » Patiente 7

f. Les soins d'épisiotomie

Les patientes regrettaient un manque d'information sur les soins d'épisiotomie. La conduite à tenir en cas de surinfection était méconnue, induisant des passages aux urgences.

« Quand on sort de Jeanne de Flandres, après une épisiotomie, on ne vous dit de rien, en fait, au niveau des soins ! » Patiente 4

g. Le tabagisme

Les patientes avaient bien reçu un soutien à l'arrêt du tabac pendant leur grossesse. Elles déclaraient avoir reçu de la documentation à ce sujet. Un suivi par un tabacologue avait également été proposé mais pas toujours suivi.

Les patientes interrogées témoignaient de leur difficulté à arrêter complètement le tabac. Elles réduisaient leur consommation au maximum sans toujours réussir à l'arrêter complètement.

Les risques pour le fœtus étaient connus et cela entraînait une culpabilité des mères.

« C'est que... c'est de ma f-... c'est vrai que, le retard de croissance, je sais pourquoi puisque... donc j'ai toujours fumé pendant ma grossesse, ça je le savais. Maintenant euh... C'est vrai que j'ai pris sur moi... » Patiente 7

3. Ressenti des patientes sur la planification des soins

a. Planification du suivi ante natal

a. Rôle du médecin généraliste

Le plus souvent le médecin traitant suivait les patientes en début de grossesse. Le suivi était parfois organisé en partenariat avec un gynécologue libéral. La maternité JDF prenait le relais au 6^{ème} mois de grossesse.

Les patientes continuaient parfois de consulter leur MG en parallèle, en particulier en cas de pathologie intercurrente (diabète gestationnel...).

« Bah c'était juste par rapport au diabète parce que c'est vrai que bon je le surveillais quand même assez souvent et puis pour la toxoplasmose parce que comme je n'étais pas immunisée, il fallait à chaque fois vérifier donc euh... lui il le voyait tout le temps, à chaque fois que j'y allais de toute façon je l'avais avec moi... » Patiente 7

ii. Suivi par la maternité Jeanne de Flandre

L'ensemble des patientes rapportait un suivi anténatal bien organisé et une prise en charge rapide des problèmes survenant pendant la grossesse.

« Alors au niveau de l'organisation c'était vraiment bien fait puisque j'étais suivie par ma gynécologue à la base à JDF... et après comme j'ai fait un problème au cours de ma grossesse c'est elle qui a coordonné les soins avec les autres gynécos ... donc tout ça, ça a été hyper bien fait. » Patiente 10

Cependant, certaines patientes regrettaient de ne pas être suivies pendant leur grossesse et en post-partum par le même gynécologue :

« Le gynéco on le voit au début quand on est enceinte, on le revoit pour la visite après... et en plus j'ai changé parce qu'elle est partie en retraite... du coup ce n'était pas vraiment un suivi quoi ! Et c'est important pour nous dire quand même si tout va bien. » Patiente 5

b. Organisation de la sortie de la maternité

i. Sortie normale

Les patientes étaient satisfaites des sorties normales.

« J'ai eu le temps de leur poser toutes mes questions et puis après ça revient. »

Patiente 3

Certaines patientes demandaient parfois à rester plus longtemps pour être rassurée sur l'état de santé de leur bébé et se reposer. Elles exprimaient une crainte de commettre des erreurs dans les soins du bébé.

ii. Sortie précoce

Les sorties précoces étaient perçues comme bien organisées. Le passage de la sage-femme libérale à domicile était prévu par la maternité.

« C'était bien organisé parce que... une fois que j'ai donné mon accord, ils sont

venus expliquer un peu et ils ont tout pris en charge ! C'est eux qui prennent en charge les rendez-vous, ils font tous les papiers. Voilà y'a rien à dire. » Patiente 5

La réaction des patientes concernant la sortie précoce était ambivalente.

« En même temps je n'aime pas trop être à la maternité et en même temps j'ai l'impression que c'est un temps où on se repose quand même. » Patiente 5

Les avantages des sorties précoces cités par les patientes étaient de retrouver plus rapidement le confort du domicile et de pouvoir s'occuper des autres enfants à domicile.

« L'avantage c'est que je sois à la maison un peu plus tôt pour m'occuper de la grande. » Patiente 9

Les patientes multipares se sentaient moins investies par le personnel soignant de la maternité ce qui accentuait le désir d'un retour rapide au domicile:

« J'ai réalisé que finalement quand c'est le 4ème on n'a plus tellement de personnel qui vient dans notre chambre nous voir... Elles viennent un peu la première nuit ... Donc, avec tout ça, je me suis dit que je serai aussi bien chez moi. » Patiente 5

Les réserves des patientes par rapport aux sorties précoces concernaient :

- la peur de commettre des erreurs, car elles avaient eu peu de temps pour 'réviser' les soins du bébé à la maternité ;

- la santé du bébé et de la mère ; *« Moi je sais que je n'étais pas en super forme physique 48 heures après l'accouchement quoi ! Et on nous laisse quand même partir. Moi j'avais encore un œdème et tout, bon ben voilà ! »* Patiente 5 ;

- le baby blues, elles déclaraient qu'il fallait être *« psychologiquement prête »* Patiente 5 ;

- la montée de lait, car si le personnel de la maternité vérifiait que la mise au sein et la tétée se passaient bien, les patientes déclaraient avoir eu besoin de la SFL pour

gérer la montée de lait à domicile. « *Enfin, je suis sortie je n'avais même pas encore eu ma montée de lait hein !* » Patiente 5 ;

Les patientes trouvaient que la sortie précoce devait rester un choix éclairé et raisonné : « *Enfin moi ça va je suis dans un milieu à peu près... je suis à peu près consciente des choses et tout mais... je pense que c'est peut-être risqué. Mais je pense qu'il ne faut pas sortir n'importe qui non plus...* » Patiente 5

Elles soulignaient l'importance d'un bon entourage. Le père avait une place prépondérante: « *Il m'a aidé en s'occupant de la grande pour que j'ai un peu plus de temps pour m'occuper de la petite et me repérer dans le changement...* » Patiente 9

Le choix de la sortie précoce, proposé en anténatal, restait hypothétique pendant la grossesse et se confirmait à la maternité. Les patientes étaient rassurées par le fait qu'elles puissent finalement refuser de sortir en cas de problème :

« *Après c'est vraiment un choix qu'on nous propose... donc on ne peut pas vraiment non plus... enfin c'est vrai, le matin même, je pense que j'aurais pu dire 'enfin non finalement je ne sors pas' et ils m'auraient gardée* ». Patiente 5

Une patiente affirmait que son MG n'avait pas été prévenu de sa sortie précoce. Elle ne l'en avait elle-même pas informé.

« *non pas vraiment je me demande si on en a même parlé !* » Patiente 5

c. Planification du suivi post natal

Après le suivi rapproché et très encadré de la grossesse, le suivi en post partum leur semblait léger et mal organisé. Cette situation procurait parfois un sentiment d'abandon.

« *Ah non on rentre chez soi c'est 'démerdez vous' entre guillemets c'est ... Pour moi, ma sortie ç' a été un petit peu comme à la chaine ! 'Vous avez accouché, tout s'est bien passé, on s'est bien occupé de vous, merci, au revoir'* » Patiente 6

4. Ressenti des patientes sur les outils de coordination des soins

a. Le courrier de sortie

Un courrier de sortie était systématiquement remis à la patiente, en main propre, par l'équipe soignante le jour du départ. Certaines patientes ne lisaient pas leur courrier de sortie, l'estimant inutile dans la continuité des soins.

Les patientes qui avaient pris connaissance de leur courrier de sortie le trouvaient standardisé et sans réelles informations supplémentaires. Elles retrouvaient dans cette lettre : le mode d'accouchement, le type d'allaitement, le poids et la taille du bébé, la contraception choisie, le traitement de sortie... En l'absence de complication, elles trouvaient ces informations suffisantes.

Les patientes comprenaient que le nombre de courriers était important compte tenu du turn-over de la maternité JDF. Cependant dans le cas de grossesse ou d'accouchement compliqués, ce manque de personnalisation entraînait selon elles une vraie perte d'information pour leur suivi en ville.

« Enfin moi je sais ce que j'ai eu, tout ça, mais après imaginons une dame qui ne sait pas forcément... enfin, tu vois, c'est compliqué tout le monde ne suit pas... voilà. Peut-être pas trois lignes mais juste 'Nous rappelons que la grossesse était compliquée de ...' » Patiente 10

Selon les patientes, leur MG avait bien reçu leur courrier de sortie, parfois uniquement par leur intermédiaire. Cependant, les patientes suivies par une SFL déploraient qu'elle n'ait pas de courrier de sortie.

b. Le carnet de maternité

Les patientes avaient souvent feuilleté leur carnet de maternité, y trouvant quelques informations intéressantes mais très peu prenaient le temps d'y écrire. Elles le trouvaient globalement inutile :

« Je l'ai lu en entier parce qu'il y avait des choses intéressantes dedans mais je ne m'en suis pas servi ! » Patiente 4

La plupart des patientes le ramenaient à chaque consultation anténatale que ce soit avec leur médecin traitant, leur gynécologue ou leur sage-femme.

Le plus souvent, si le carnet était apporté en consultation, les professionnels de santé prenaient le temps d'y reporter leur suivi mensuel.

Les patientes s'en servaient le plus souvent comme dossier de rangement plus que comme un outil de coordination des soins:

« Bah pour mettre des papiers dedans tout simplement je mettais mes papiers dedans mes échographies, mes comptes rendus. Ça m'a juste servi à ça en fait... »

Patiente 6

Le carnet de maternité avait parfois été conservé par la maternité, lors de la dernière visite ou après l'accouchement. Si la patiente l'avait récupéré, elle le gardait pour mémoire.

« Je l'ai gardé. Je préfère. Je le garde en souvenir. » Patiente 9

c. Le carnet de santé

Toutes les patientes étaient ressorties de la maternité avec le carnet de santé de leur bébé. Il était rempli à la maternité et présenté à chaque consultation pour leur bébé. C'était l'outil de coordination des soins privilégié par les patientes, celui qu'elles trouvaient le plus utile notamment pour les vaccinations.

« De toute façon il faut avoir un carnet de santé c'est super important ! Et puis surtout pour les vaccins... savoir quand il a été vacciné et quand sont les rappels ... Tout ça! » Patiente 6

C'était le calendrier vaccinal de 2005 qui apparaissait encore dans les carnets de santé. La mise à jour du calendrier vaccinal en 2013 était le plus souvent expliquée

par le MG.

Les patientes multipares avaient remarqué des améliorations du carnet de santé. Elles appréciaient les informations sur le développement de leur enfant et les conseils sur son alimentation.

« Je trouve que les carnets de santé sont beaucoup mieux qu'avant par contre ! Il y a plus d'explications dedans ! Beaucoup plus [...] d'explications sur tout mois par mois etc. Je trouve ça beaucoup mieux qu'avant ! » Patiente 4

Parfois le carnet de santé était utilisé comme aide mémoire par la patiente qui craignait de ne pouvoir répondre aux questions des professionnels de santé :

« Qui le remplit ? Bah moi un coup de temps en temps quand il y a des changements, s'il a percé une dent [...] j'essaie de le noter pour m'en souvenir. Parce que quand on va chez le médecin il nous pose pas mal de questions ils ont envie de choses assez précises et je ne me souviens plus toujours... et sinon bah le médecin quand il est malade... » Patiente 5

d. Informations orales

La transmission de l'information par voie orale en maternité était plébiscitée par les patientes. Les patientes appréciaient de pouvoir poser leurs questions, parfois nombreuses, au personnel soignant. Elles trouvaient que les renseignements avaient été clairs, précis, et compréhensibles par tous.

Les patientes, en particulier primipares, trouvaient parfois les informations insuffisantes.

« Je n'ai pas eu les informations nécessaires pour la sortie de l'hôpital. Tout ce qui est pour le bébé... vu que c'est mon premier donc je ne sais pas trop comment on s'en occupe... et je n'ai pas eu les informations nécessaires » Patiente 8

Certaines patientes avaient eu des informations contradictoires entre les différents

professionnels, que ce soit en ville ou à l'hôpital :

« *Parce que, eux, à la maternité, ils me disent que c'est au bout de 2 mois qu'il faut couper les ongles d'un bébé. La pédiatre m'a dit qu'à un mois on peut les faire. Enfin ils ne répondent pas de la même façon en fait. Après qu'ils me disent pour le nez et les oreilles aussi parce qu'ils n'ont pas non plus la même réponse pour les oreilles. A la maternité ils disent aussi que c'est à partir de 2 mois.* » Patiente 8

La transmission orale d'information était chronophage et certaines patientes déclaraient ne pas avoir eu assez de temps pour poser leurs questions car le personnel manquait de disponibilité.

Les patientes multipares estimaient avoir reçu beaucoup moins d'information et d'attention qu'à leur première grossesse. Elles avouaient se souvenir de la plupart des soins du bébé mais auraient apprécié plus d'attention de l'équipe soignante.

« *Non on ne m'a pas parlé de tout ça. L'allaitement c'est tout. Quelques conseils et encore! [...] Quand ce n'est pas notre premier, ils ne viennent quasiment plus... je me souviens du premier ils venaient quand même. On devait appeler pour les tétées et tout ça... ils regardaient... mais là non. Or [...] ce n'est pas parce que ce n'est pas le premier qu'on est spécialiste. Et puis un enfant n'est pas l'autre...* » Patiente 5

e. Plaquettes informatives

A la sortie de la maternité, toutes les patientes avaient reçu des plaquettes informatives, documents de vulgarisation et de prévention médicale. La plupart des patientes les avait lus et y avait trouvé des informations intéressantes.

Les patientes multipares remarquaient l'évolution des méthodes de prise en charge du nouveau-né :

« *J'étais étonnée qu'il y ait certaines démarches qui changent au fur et à mesure... j'ai trois enfants d'âges euh un peu différents et ... dans la durée et... les méthodes,*

entre guillemets, on ne stérilise plus, le cordon on ne le change plus de la même façon... Enfin il y a des choses qui ont changés... » Patiente 3

Les thématiques qui avaient particulièrement retenus l'attention des patientes étaient l'alimentation, la prévention de la mort subite du nourrisson, la contraception, l'hygiène de bébé et l'allaitement maternel. Les patientes multipares appréciaient le rappel et la mise à jour de leurs connaissances que ces documents apportaient :

« Oui, en même temps mon dernier a 13 ans donc forcément les choses changent un peu mais sinon ça reste à peu près toujours pareil ! Juste sur le fait de... est-ce qu'il faut le coucher sur le dos ou sur le ventre ... avant c'était autrement ! Là on dit 'pas de couverture', avant on disait de mettre une couverture ! » Patiente 4

Si l'information orale était largement privilégiée par les patientes, elles s'accordaient sur l'importance d'un support écrit additionnel, par peur de l'oubli. Lorsque de retour à domicile un problème survenait, la patiente se référait à ces plaquettes informatives. C'était également une source de réassurance :

« Je pense qu'il y a des personnes [...] qui ont des questions mais qui ne vont pas forcément les poser. Bah, ça va leur permettre... de pouvoir trouver une réponse et de se rassurer ? [...] d'en parler après avec ses proches ! » Patiente 6

f. Les ordonnances

Les patientes ressortaient de la maternité JDF avec plusieurs types d'ordonnance pour la contraception, la vitaminothérapie (vitamine D, Vitamine K1) pour bébé, la rééducation périnéale, les soins de cordon (compresses, désinfectant...), des antalgiques, et parfois une prise de sang de contrôle.

La grande majorité des patientes déclaraient avoir eu toutes les ordonnances dont elles avaient besoin mais déplorait le manque d'explication sur certaines ordonnances (contraception...). *« En fait ils donnent beaucoup d'ordonnances et ils n'expliquent pas assez sur les ordonnances... »* Patiente 1

5. Ressenti des patientes sur la coordination des soins

a. Sur le problème de coordination des soins en général

Les patientes méconnaissaient souvent la notion de coordination des soins entre les professionnels de santé. En post-partum, elles remarquaient un véritable clivage entre la ville et l'hôpital avec assez peu de communication.

« Il n'y a pas vraiment de lien entre eux... en fait j'ai l'impression que la grossesse c'est vraiment quelque chose de particulier. On est suivi par une sage-femme à ce moment-là et quelqu'un à la maternité puis après on se retrouve un petit peu... »

Patiente 5

Pour les patientes, la coordination des soins devait se concentrer en priorité sur les principaux intervenants du post-partum.

« La maternité ne va pas écrire non plus à tout le monde quoi ! je veux dire... s'ils le font déjà au médecin traitant c'est déjà pas mal ! [...] Parce que c'est lui qui va voir l'enfant ce n'est pas les gynécos, ce n'est pas les machins. » Patiente 6

La coordination des soins revêtait peu d'importance pour les patientes n'ayant pas eu de complications particulières. C'était lors de la survenue de complications que de véritables manques dans la coordination des soins apparaissaient.

b. Coordination des soins entre la maternité et le médecin traitant.

i. En anténatal

Certaines patientes étaient suivies à la fois par la maternité et par leur MG pendant leur grossesse.

Les patientes déploraient un manque de communication entre la maternité et leur MG lors du suivi de grossesse. Par exemple, la patiente 6 rapportait le manque de réciprocité dans la communication entre son MG qui suspectait une dysplasie du col de l'utérus et la maternité JDF.

« *Donc ça il n'a pas apprécié du tout ! C'est moi, du coup, qui le tiens informé parce qu'il me dit 'ouais j'ai fait tous les courriers j'ai bien expliqué tout ce que moi j'ai vu résultats moi je n'ai pas de retour' ! [...] Pour le col et pour tout ce qui s'est passé aussi pendant ma grossesse en fait, il devrait vraiment y avoir un suivi entre le médecin traitant et la personne qui suit la patiente.* » Patiente 6

Dans le cas particulier du diabète gestationnel, les patientes accordaient beaucoup d'importance au risque de survenue d'un diabète de type 2 chez elles et aux conséquences sur la grossesse et le bébé. Le carnet de surveillance glycémique était dans ce cas l'outil de surveillance privilégié par les patientes. Elles remarquaient le manque de communication entre leur gynécologue et leur MG :

« *Je demandais tout le temps à mon médecin la glycémie à jeun. Il me la faisait tout le temps ... et quand j'ai été voir la gynécologue, elle me disait 'comment ça se fait que vous avez eu encore une prise de sang ?' Et c'est comme ça qu'elle m'a dit 'on va re-contrôler quand même' et [...] ils ont dépisté le diabète ! Ils ont bien fait de le faire...* » Patiente 7

ii. En post-partum

Les patientes assuraient que leurs MG avaient bien reçu leurs courriers de sortie.

Dans le cas contraire, elles montraient leur exemplaire :

« *Lui, il l'a reçu mais après puisque quand j'y suis retournée il m'a dit 'j'ai reçu quand même le courrier' et il m'a rendu mon exemplaire à moi, puisque moi je lui avais donné le mien* ». Patiente 7

Les patientes pensaient que le manque d'échange entre la maternité et le MG amenait une redondance des examens :

« *Oui parce que c'est lui vraiment qui me suit donc euh... c'est super important quoi ! Je veux dire là il n'a pas eu le suivi donc il ne sait même pas que j'ai rendez vous le*

10 avril ! il ne sait pas ce qu'il va se passer pour moi ! Donc lui il va peut-être m'orienter vers quelqu'un d'autre alors que je suis déjà suivie ». Patiente 6

c. Coordination des soins et sages femmes libérales

Les patientes déplorait cependant l'absence de communication entre la maternité et leur SFL qui était, pour certaines patientes, le premier et l'unique intervenant dans le post-partum.

Le plus souvent, les SFL prenaient connaissance du courrier de sortie par l'intermédiaire de la patiente. Elles estimaient que leur SFL était en droit de recevoir les courriers de suivi de grossesse et de sortie afin d'adapter au mieux la prise en charge du couple mère-enfant.

« Moi je n'ai pas eu le droit à la péridurale à cause du Guillain-Barré, mais j'ai pu expliquer le pourquoi et lui dire et on a adapté la préparation à l'accouchement en fonction de la contre indication à la péridurale... ça c'est peut-être des choses aussi qu'elle aurait dû savoir. » Patiente 10

Les transmissions entre SFL d'un même cabinet se faisaient par l'intermédiaire d'un carnet de suivi.

Par contre, les patientes rapportaient une absence de communication entre SFL et MG.

« Les sages femmes j'en ai vues mais elles n'ont pas du tout échangé avec mon médecin traitant. » Patiente 10

d. Coordination des soins et centres de Protection Maternelle et Infantile

Les patientes n'avaient pas remarqué de contacts entre la PMI et les autres intervenants. La PMI ne demandait pas le courrier de sortie aux patientes mais préférait leur compte rendu oral. Elle s'intéressait par contre au carnet de santé qui était rempli soit par la puéricultrice soit par le médecin.

e. Coordination des soins et gynécologues libéraux

Les patientes consultaient souvent leur gynécologue libéral spontanément pour la contraception ou pour un examen de contrôle.

Certaines patientes ne consultaient un gynécologue libéral que sur avis de leur MG ou de leur SFL, en cas de complication.

« Bah j'avais été la voir puisqu'il faut quand même que j'aille voir la gynéco puisque comme mon médecin me dit 'c'est vrai que je suis médecin, les frottis et tout je peux les faire mais il faut voir quand même un gynéco' ou tout au moins voir quelqu'un d'autre parce qu'il dit 'je n'ai pas l'habilitation quand même d'être gynéco, je ne suis pas spécialisé dans ça'. » Patiente 7

La transmission d'information entre professionnels de santé libéraux se faisait par l'intermédiaire des patientes mais aussi par courrier ou par téléphone.

f. Gestion des urgences

Les patientes rapportaient une gestion des urgences compliquée en post-partum. Elles n'avaient parfois pas eu de consignes de re-consultation claires. La maternité JDF ne suivait pas les patientes en post-partum.

Si leur problème nécessitait un avis spécialisé, elles ne savaient parfois pas vers qui se tourner en cas de complication gynécologique. La gestion des urgences devenait alors un vrai parcours du combattant : délais de consultation trop longs avec un gynécologue libéral, refus de prise en charge de patientes d'autres maternités par les services d'urgences... Elles étaient déçues lorsque, en cas de problème, leur seul recours était de passer par les urgences de JDF.

Le cas d'une patiente ayant présenté un abcès au décours d'une épisiotomie illustre ces difficultés de prise en charge:

« Parce que j'ai d'abord appelé Jeanne de Flandre pour prendre rendez-vous avec la

gynécologue qui m'avait suivie pendant ma grossesse, mais ils m'ont dit qu'ils ne faisaient pas les consultations hors grossesse si tout s'était bien passé pendant la grossesse en fait. Donc du coup j'ai cherché quelqu'un d'autre... et c'était pendant les vacances donc difficile... Elle [NB : la SFL] m'a envoyée aux urgences de Saint-Vincent, parce que c'est à côté de chez moi, qui n'ont pas voulu me prendre d'ailleurs, parce que je n'avais pas accouché chez eux et [...] comme ce n'était pas eux qui avaient fait l'épisiotomie. [...] Donc j'ai été jusqu'à JDF et là, aux urgences, ils m'ont donné de la Bétadine[®] et ils m'ont dit de faire des soins uniquement... [...] Elle a épuré tout le... tout le pus. Elle a tout enlevé et elle m'a dit de faire des soins, [...] et de voir 48 heures après si ça allait mieux... sauf que 48 heures après, ça n'allait pas mieux. C'était toujours... toujours la même chose... » Patiente 4

6. Ressenti des patientes sur le suivi en ville du post-partum

a. Suivi par le médecin généraliste

i. Rôle du médecin généraliste en post-partum

Les rapports entre les patientes et leur MG étant très variés. Elles avaient des avis divergents concernant la place du MG dans le suivi en post-partum.

Pour certaines patientes, c'était le médecin de famille qui les suivait depuis l'enfance et elles souhaitaient qu'ils suivent leurs enfants également. Elles présentaient leurs nouveaux nés lors de la consultation du 8^{ème} jour.

« Le 8^{ème} jour, c'est mon médecin traitant. Il a fait connaissance, il l'a pesé, il l'a mesuré, il a regardé au niveau de ses yeux, il a regardé ses gestes. Il a tout fait quoi. » Patiente 9

Le MG s'impliquait dans le suivi de la grossesse jusqu'à la prise en charge par la maternité. En post-partum, il avait plus un rôle de suivi de la mère et de l'enfant.

Les patientes consultaient en priorité pour leur bébé dans le cadre de la surveillance habituelle du poids et de la taille, et du suivi vaccinal. Elles demandaient des conseils sur l'alimentation et les soins du bébé.

Le rythme du suivi en postpartum était inconstant : tous les 15 jours, tous les mois, à la demande, en cas de pathologies intercurrentes...

« *Au début je prenais rendez-vous toutes les semaines jusqu'à ce qu'il fasse [...] 3 kilos ! Et après c'est une fois tous les 15 jours tout en sachant qu'entre deux j'y suis retournée parce qu'il avait une petite rhinite ! Mais sinon c'est tous les 15 jours.* »

Patiente 6

Les patientes consultaient secondairement pour elles mêmes. Elles demandaient surtout des conseils en matière de contraception. Parfois, le MG réalisait leur examen gynécologique de contrôle. Il surveillait les patientes sur le plan tensionnel et renouvelait leur traitement habituel si besoin. Les avantages du suivi par le MG étaient la proximité et la disponibilité.

Le médecin généraliste restait souvent le premier recours.

« *C'est mon premier recours. En plus il a un site internet aussi, donc dès qu'on a une question on peut aller dessus aussi!* » Patiente 6

ii. Motifs de réticences des patientes au suivi par le médecin traitant

Certaines patientes ne le consultaient que pour l'examen obligatoire du 8^{ème} jour, préférant un suivi par une SFL et/ou la PMI. Elles consultaient moins leur MG si elles étaient déjà suivies par une SFL. Elles pensaient ne pas avoir suffisamment de temps en consultation pour pouvoir poser toutes leurs questions.

Certaines patientes éprouvaient une gêne à être suivie par leur MG sur le plan gynécologique. « *Quand il vous connaît depuis que vous êtes bébé, ce genre de chose ce n'est pas très [...] C'est un médecin généraliste en même temps je préfère*

quelqu'un de vraiment professionnel la dedans ! » Patiente 4

Les patientes trouvaient parfois que l'examen du nourrisson par un MG n'était pas aussi approfondi que celui d'un pédiatre ou dans une PMI.

« Les inconvénients, c'est vrai que ce n'est pas forcément sa spécialité. Peut être qu'il y a des choses qu'il ne voit pas par rapport à un pédiatre. » Patiente 6

Elles doutaient parfois des compétences de leur MG dans le suivi en post-partum, notamment en matière d'allaitement.

« Je pense que si on veut des conseils il ne faut pas aller voir un médecin généraliste. Il faut aller voir plutôt un pédiatre déjà pour l'allaitement... » Patiente 5

b. Suivi à domicile par la sage-femme libérale

i. Place de la sage-femme libérale dans le post-partum

Le principal motif de consultation d'une SFL était la santé du bébé et notamment sa prise de poids. La place de la sage-femme était prépondérante pour les patientes qui allaitaient. Les SFL dispensaient également des conseils concernant les soins du cordon ou d'hygiène du bébé. Les patientes exprimaient le besoin avant tout d'être rassurée sur l'état de santé de leur nouveau-né.

« Je trouvais ça bien parce qu'il n'y avait pas de problème en soi à part le cordon qui était sale et tout ça... mais de s'entendre dire qu'on ne fait pas de mauvaises choses et que le bébé va bien, c'est bien surtout quand on allaite. » Patiente 10

Concernant leur rôle auprès des mères, les SFL les conseillaient sur la contraception et diagnostiquaient les problèmes (abcès, suspicion de rétention placentaire...). Elles prescrivaient un traitement (antibiotiques...) ou les dirigeaient vers leur MG, leur gynécologue ou un service d'urgences.

Parfois, les patientes préféraient faire assurer leur suivi gynécologique en postpartum par une SFL plutôt que par leur MG.

Les sages-femmes libérales avaient l'avantage d'être polyvalentes :

« *Oui on n'a pu faire plus de sophrologie, on a fait de l'acupuncture, on a fait des choses que je ne pensais pas faire à la base.* » Patiente 10

Les patientes appréciaient l'accessibilité et la réactivité des SFL, qui passent dès le lendemain du retour à domicile. Les SFL communiquaient parfois par messages sur le portable des patientes. Ce moyen de communication les surprenait dans un premier mais elles n'y trouvaient ensuite que des avantages.

« *Par exemple quand j'avais un rendez-vous avec elle la veille j'ai eu mon retour de couche ! Je me suis dit 'mince est-ce que je dois quand même y aller ou pas' ! J'ai envoyé un texto et elle m'a dit il n'y a pas de soucis vous venez quand même !* »

Patiente 4

En post-partum, les patientes préféraient être suivies par leur SFL habituelle.

« *Moi je suis ravie parce que je suis suivie en libéral par une sage-femme super et puis du coup elle nous suit après aussi.* » Patiente 5

Pour la rééducation du périnée, les patientes connaissaient les méthodes manuelles ou avec sonde. Elles hésitaient parfois entre une rééducation par le kinésithérapeute ou par une SFL.

Avec une SFL, elles profitaient du temps de rééducation pour poser leurs questions sur les soins de bébé.

« *Oui être rassurée pouvoir poser les questions qu'on a envie de poser... et ça je le fais beaucoup moi en rééducation avec la sage-femme. Comme on y va toutes les semaines, on a des nouveaux trucs qui viennent !* » Patiente 5

ii. Place de la sage-femme libérale dans les sorties précoces

La SFL avait une place prépondérante dans le postpartum pour les patientes en sortie précoce. Elles avaient besoin de 2 parfois 3 consultations à domicile.

« *C'est un primordial indispensable ! Elle nous écoute, nous rassure. Elle est là aussi par rapport au nourrisson... il faut quand même qu'ils fassent attention parce qu'ils font sortir des tout petits bébés !* » Patiente 5

En RPDA, les patientes étaient parfois déçues de ne pas pouvoir être suivies par leur SFL habituelle.

« *Il nous propose une liste. J'en connais une qui m'avait suivie avant mais [...] Il fallait faire des démarches pour que ce soit elle donc j'ai dit 'bah ce n'est pas grave' et puis de toute façon elle était très bien celle qui est venue donc bah voilà.* »

Patiente 5

iii. Méconnaissance du rôle des sages femmes libérales

Le rôle des SFL était souvent méconnu. Quelques patientes ne savaient pas qu'une sage-femme pouvait exercer en ville, d'autres pensaient que leur rôle se limitait à la rééducation du périnée ou au suivi du nourrisson et de l'allaitement.

« *Non mais je ne savais pas du tout qu'une sage-femme pouvait venir à la maison nous aider en fait. [...] bah si j'avais su qu'une sage-femme venait... j'aurais appelé dès le premier jour je pense bien !* » Patiente 8

Lorsqu'elles faisaient appel à une SFL sur conseil de la maternité, les patientes étaient parfois étonnées que la sage-femme les examine également.

« *En fait une semaine plus tard j'avais mal au ventre et j'ai perdu une sorte de membrane ... je ne savais pas trop ce que c'était et elle m'a dit que c'était probablement un restant de placenta. Elle m'a conseillé d'aller aux urgences si j'avais encore mal. Mais ça s'est passé. Je n'ai plus eu mal du tout.* » Patiente 9

Assez peu de patientes consultaient une SFL à la sortie de la maternité. Certaines patientes estimaient que leur expérience était suffisante car elles avaient déjà eu plusieurs enfants.

c. Suivi par la PMI

i. Avantages du suivi en PMI

Les patientes appréciaient le suivi par la PMI qui offrait l'avantage d'un suivi pluri professionnel par une puéricultrice et un médecin. Ils apportaient selon elles un supplément d'information et un suivi pédiatrique approfondi. Parfois c'était la PMI qui assurait le suivi vaccinal des enfants.

« *Moi je trouve ça bien d'avoir une puéricultrice et un médecin. Ce n'est pas le même contact pas la même approche en fait.* » Patiente 5

Elles trouvaient que les professionnels accordaient plus de temps à l'examen et étaient plus à l'écoute. « *On peut poser plein de questions aussi ! [...] Elles sont bien à l'écoute ! Elles prennent le temps d'écouter !* » Patiente 4

Certaines patientes préféraient un suivi par la PMI et une SFL en post-partum plutôt qu'un suivi par leur MG.

« *Le post-partum ? Euh... non moi je trouve que c'est la relation avec la PMI et les sages-femmes en fait finalement.* » Patiente 5

ii. Inconvénients du suivi en PMI

Les patientes se plaignaient de délai de consultations trop important dans certains territoires. « *Sinon moi j'aime bien les faire suivre en PMI... mais, manque de pot pour moi, là ils étaient en grève ! Je n'ai pas réussi à avoir de rendez-vous avant longtemps et ça, ça m'a manqué!* » Patiente 5

La PMI proposait des visites à domicile, certaines patientes trouvaient que ce n'était pas utile et que ça leur était imposé.

« *Ils nous ont envoyé un courrier à la maison 'nous avons appris la naissance de Simon, une infirmière puéricultrice passera à votre domicile le – entre telle heure et telle heure'. Moi je n'ai rien demandé.* » Patiente 10

Pour certaines patientes, le suivi en PMI avait mauvaise réputation. Il aurait été réservé aux personnes défavorisées ou en difficulté socio-économique. Elles sélectionnaient parfois les PMI des quartiers plus favorisés.

« *Bah c'est tout ceux qui n'ont pas d'argent ou quoique ce soit qui vont là-bas et pour moi le suivi n'y est pas forcément mieux que chez un médecin traitant [...], c'est vraiment le dernier truc à... à aller pour moi !* » Patiente 6

d. Suivi par le gynécologue de ville

Les patientes appréciaient le suivi par leur gynécologue habituel mais auraient préféré être revues à JDF par leur obstétricien en post-partum.

En ville, elles regrettaient les délais de consultations parfois très longs des gynécologues libéraux. Elles les consultaient essentiellement pour un changement de contraception ou pour le suivi de pathologies connues (dysplasie du col...).

e. Suivi par le pédiatre

Les patientes désirant un suivi spécialisé de leur bébé consultaient un pédiatre de façon mensuelle. Elles le consultaient également en cas de problème qui leur semblait inhabituel.

« *Bah le pédiatre, on a juste demandé parce qu'il a un angiome [...]. On lui a demandé un peu ce que c'était parce que mes enfants n'en ont jamais eu donc ... elle nous a bien expliqué, elle nous a rassuré tout ça ...* » Patiente 4

f. Autres ressources

Les patientes à la sortie de la maternité avaient de multiples questions au quotidien. Elles avaient également besoin de soutien, que ce fut psychologique, ou simplement logistique.

Outre les professionnels de santé, les patientes avaient d'autres ressources:

- Le père avait une place très importante à la sortie de la maternité, notamment dans la garde des frères et sœurs aînés. Il aidait parfois dans les soins de bébé au quotidien. « *Là on a besoin de quelqu'un parce qu'il faut être deux quand même ! Pour se soutenir, pour les nuits, pour le biberon... il faut être deux.* » Patiente 6
- La famille (parents, beaux-parents...) partageait son expérience et proposaient des conseils. « *Oui je suis très entourée ! J'ai ma belle mère qui habite à 5 minutes. J'ai vraiment du monde autour de moi et ... et donc forcément je n'ai pas besoin d'avoir quelqu'un en permanence... d'une sage-femme ou... d'une infirmière ou quoique ce soit... non j'ai tout ce qu'il me faut autour.* » Patiente 6
- Les amis surtout s'ils étaient du domaine de la santé ou s'ils avaient des enfants étaient d'un grand soutien. « *Ah oui énormément de toute façon même pour aller faire du shopping pour aller acheter les vêtements du bébé on y allait ensemble... on a toutes accouché à peu près à la même période donc... c'est assez marrant d'ailleurs !* » Patiente 6
- Internet était une mine d'informations différentes et faciles d'accès. Les patientes étaient conscientes qu'elles devaient les traiter avec prudence. « *Il y a tellement de choses et de conseils différents surtout avec le net il faut aussi faire attention...* » Patiente 5
- Les associations, lorsqu'elles étaient sollicitées, étaient très actives surtout dans le cadre de l'allaitement. Elles proposaient des conseils et des rencontres aux jeunes mamans. Les patientes étaient parfois sceptiques : « *Sur la Leche League... je suis allée une fois à une rencontre mais bon c'est pour les mamans qui allaitent les grands bébés. C'est un truc un peu particulier quand même.* » Patiente 5

7. Impact économique

Les patientes ne doutaient pas que le but principal des sorties précoces était de réaliser des économies.

« *Moi je pense que c'est une mesure qui est faite pour faire des économies et qui n'est pas forcément mauvaise hein...* » Patiente 5

Les patientes estimaient que le manque de coordination des soins entre professionnels de santé amenait à répéter des examens ce qui entraînait une perte de temps pour elles et un surcoût pour la sécurité sociale.

« *Parce que quand il n'y a pas de retour forcément on se pose des questions, on va refaire faire les même examens... des trucs inutiles ! Et puis ça peut être plus embêtant qu'autre chose et ça coûte à la sécurité sociale...* » Patiente 6

Les patientes n'avaient pas eu elles-mêmes de problème de remboursement des frais d'hospitalisation en maternité. Elles avaient, pour la plupart, une mutuelle.

8. Perspectives d'amélioration de la coordination des soins

a. Développer et améliorer les outils de coordination des soins

Personnaliser les courriers de sortie semblait important pour les patientes, surtout si la grossesse avait été compliquée ou en cas de problème lors de l'accouchement.

« *Ma grossesse ? Il a eu des lettres et par mon intermédiaire. Enfin moi je sais ce que j'ai eu tout ça mais après imaginons une dame qui ne sait pas forcément... enfin, tu vois, c'est compliqué tout le monde ne suit pas... voilà. Peut-être pas trois lignes mais juste 'Nous rappelons que la grossesse était compliquée de ...'* » Patiente 10

Certaines patientes affirmaient que la maternité ne répondait pas aux courriers de leur médecin traitant. Elles conseillaient de développer la communication entre la ville et l'hôpital et de favoriser l'échange de courriers.

« *Un peu plus de communication pour le suivi. Donc par exemple si je suis suivie par mon médecin traitant il faut qu'il fasse un courrier pour l'hôpital mais vice versa !* »

Patiente 6

Certaines patientes réclamaient « *plus d'informations sur les ordonnances qu'ils fournissent ...* » Patiente 1

En effet, elles estimaient manquer de précisions sur leurs ordonnances ce qui pouvait être responsable d'erreurs dans la prise de traitements comme dans le cas de changement de contraception.

b. Promouvoir les réseaux de périnatalité

Aucune des patientes de cette étude ne connaissait le réseau OMBREL. Elles n'avaient eu aucun renseignement oral par l'équipe soignante aussi bien libérale qu'hospitalière à propos des réseaux de périnatalité et des associations qui œuvrent autour de la périnatalité. Seul l'affichage dans des lieux de passage permettait de transmettre cette information.

« *Dans les salles d'attente et tout ça mais c'est tout.* » Patiente 10

c. Renseigner sur les associations œuvrant en périnatalité

Ne disposant pas d'un aiguillage préalable, les patientes avaient recours à la recherche d'informations via internet. En effet, les patientes cherchaient sur internet les informations qui leur manquaient au risque de tomber sur des conseils peu avisés. « *Je regarde un coup de temps en temps sur internet... sur la Leche League. [...] Il y a tellement de choses et de conseils différents surtout avec le net il faut aussi faire attention...* » Patiente 5

d. Favoriser l'information par voie orale

Les patientes plébiscitaient l'information orale en maternité, tout en reconnaissant l'importance d'un support écrit additionnel. En post-partum immédiat, elles

reconnaissaient recevoir un surplus d'informations en peu de temps qui pouvait dépasser leurs capacités de mémorisation.

« Oral, ça rentre par une oreille et ça ressort par l'autre hein ! Des fois on va dire 'oui on a compris' et puis après on va se poser la question 'qu'est-ce qu'elle a dit déjà ?' ! » Patiente 6

Une des patientes avaient pu bénéficier d'une réunion d'information concernant son diabète gestationnel. Elle avait apprécié ce type d'encadrement:

« Ils m'ont tout bien expliqué ! En plus, on avait assisté à une réunion complète tout l'après midi donc ce jour là on n'aurait pas pu se tromper ! C'est vrai que ... ils ont bien expliqué et franchement on a bien été encadré quand même ! » Patiente 7

e. Informers équitablement les primi et les multipares

L'information doit être donnée sans discernement aux patientes primi et multipares. Les patientes multipares disaient recevoir spontanément moins d'informations en maternité.

« Après en information orale, ils m'ont demandé si j'avais des questions, est-ce que je me souvenais... et comme il avait repris du poids, pour l'allaitement ils ne m'ont pas trop dit. J'avais plus d'information sur l'allaitement la première fois on va dire que la deuxième » Patiente 10

Parfois plusieurs années s'étaient écoulées depuis leur premier accouchement, les patientes multipares auraient apprécié plus de rappels.

« Or je ne trouve pas que... ce n'est pas parce que ce n'est pas le premier qu'on est spécialiste. Et puis un enfant n'est pas l'autre et... » Patiente 5

f. Plan personnel de soins en périnatalité

Les patientes désiraient essentiellement un suivi bien organisé en post-partum entre tous les partenaires de santé (SFL, MG, gynécologue) sur le modèle du suivi

anténatal. Elles ressentaient un véritable écart entre le calendrier très organisé du suivi pré natal et le suivi décousu en post natal.

« *Parce que je trouve qu'en maternité on accouche et puis après c'est fini! Avant/ Après!* » Patiente 5

g. Proposer une consultation de contrôle à Jeanne de Flandre

Plusieurs patientes exprimaient le désir de poursuivre un suivi systématique à JDF par leur gynécologue – obstétricien ou leur sage-femme en post-partum.

« *Je pense qu'il devrait y avoir un suivi même après la sortie en maternité [...] je trouve ça un peu idiot que ce soit un autre professionnel de santé qui ne vous a pas suivi du tout pendant toute votre grossesse qui doit prendre le relais en fait !* »

Patiente 4

Les patientes auraient apprécié garder contact avec leur maternité même par un simple appel téléphonique :

« *Il n'y a pas de suivi derrière donc oui c'est un petit peu dommage. Je veux dire... c'est vrai qu'ils pourraient quand même avoir un minimum. [...] au moins avoir un petit appel pour savoir si tout se passe bien, si on a besoin d'avoir quelqu'un pour pouvoir nous aider. Quelques chose comme ça quoi ! Ça il n'y a pas eu derrière [...], c'était 'tout s'est bien passé, vous allez bien, bébé va bien bah c'est tout, maintenant vous avez un problème vous allez voir votre médecin traitant'.* » Patiente 6

h. Renseigner sur le rôle de la SFL

La plupart des patientes ne savaient pas que des visites à domicile par une SFL étaient possibles à la sortie de la maternité.

« *Je ne savais pas du tout qu'une sage-femme pouvait venir à la maison nous aider en fait.* » Patiente 8

DISCUSSION

A. DISCUSSION DE LA METHODE

La méthode qualitative en théorisation ancrée vise à l'élaboration de concepts pour le développement de théorie. Elle n'emploie pas de données numériques ou quantifiables et ne génère pas de données statistiques. Elle est soumise à l'interprétation par l'enquêteur des données recueillies.

Ce biais d'interprétation a plusieurs origines :

- Lors de l'entretien, les réactions de l'enquêteur peuvent influencer les réponses de l'interviewé. L'enquêteur peut mal comprendre la réponse de l'interviewé, modifier l'ordre des questions, prendre en compte une réponse non pertinente. De même, l'interviewé peut commettre des erreurs (oubli, mauvaise compréhension des questions, mensonges, gêne éprouvée...);
- Les résultats de l'analyse de données peuvent dépendre du savoir et de la perspective de l'analyste ;

Afin de réduire ce biais d'interprétation, les entretiens ont été retranscrits mot à mot en intégrant les rires, les hésitations... L'analyse des résultats a été triangulée avec un autre chercheur avec un taux de concordance recherché de 95%.

Cette étude est mono centrique, elle n'est donc pas représentative de la population générale. Cependant, un échantillon en recherche qualitative ne cherche pas à être représentatif de la population générale car il s'arrête à saturation des données.

Le recrutement des patientes recherchait une variance maximale or aucune patiente d'origine étrangère n'a été interviewé suite à plusieurs refus de participation.

En théorisation ancrée, le chercheur mène simultanément la collecte de données, leur codification ainsi que leur analyse. La sélection de l'échantillon de patientes se

fait par comparaison constante aux données collectées précédemment pour formuler la théorie émergente.

La saturation des données a été obtenue au 9^{ème} entretien et contrôlée par un entretien supplémentaire. Ce nombre d'entretien est cohérent par comparaison aux thèses similaires du projet VilHop&Co :

- Pour le bras médecins généralistes, le Dr Daussy a organisé un focus group avec 7 médecins généralistes (17) complété par 9 entretiens individuels avec un effet boule de neige.
- Pour le bras gynécologues-obstétriciens et pédiatres, le Dr Gonce (18) a réuni 10 participants dans un focus groupe complété par un entretien individuel.
- Pour le bras sage femme de ce projet (19), le Dr Fidry a recruté 10 sages femmes également avec un effet boule de neige.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Ressenti des patientes sur la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre

a. Ressenti général des patientes sur la coordination des soins

Cette étude chez les patientes de la maternité Jeanne de Flandre met en avant une représentation non optimale de la coordination des soins entre la ville et l'hôpital en postpartum. Si la notion de 'coordination des soins' était floue et imprécise de prime abord pour les patientes, les entretiens ont fait émerger différents problèmes en post-partum parfois liés à un manque de coopération et de communication entre la ville et l'hôpital.

La sortie de maternité reste anxiogène pour les patientes. Dans cette période critique, elles ont besoin de conseils, de réassurance, et de soutien.

Un questionnaire en ligne du CIANE (20) rapportait que 13% des femmes se sentaient angoissées ou désemparées lors du retour à domicile.

Les défauts de coordination des soins et autres problèmes organisationnels mis en évidence ici entre professionnels de santé sont autant d'obstacles supplémentaires au bon déroulement du suivi en postpartum pour les patientes et leurs nouveaux nés.

b. Satisfaction des patientes sur la maternité Jeanne de Flandre

Les patientes de cette étude étaient globalement satisfaites de leur prise en charge par la maternité JDF. Elles mettaient en avant les qualités d'écoute et d'accompagnement du personnel de santé.

De même, l'enquête de la DREES portant (16) sur la satisfaction des usagères de maternité à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement montrait un taux de satisfaction de 95%.

La comparaison entre maternité et « usine » par certaines patientes fait écho à un article publié par deux sages-femmes en 2010 (21). Ces termes étaient utilisés de plus en plus fréquemment par les parturientes comme par le personnel soignant. La maternité devenait une 'usine à bébé' par sa taille (qui n'était plus à échelle humaine), son opacité (méconnaissances de son fonctionnement), son aspect collectif (au sens péjoratif, non-individuel), où les gestes sont répétés de façon intensive, sans passion, dans l'indifférence.

c. La sortie de la maternité reste anxiogène pour les patientes

Selon la DREES (16), si les patientes sont globalement satisfaites de leur séjour en maternité, une femme sur cinq rencontre des difficultés en post-partum du fait d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité. Ces critiques dans la préparation à la sortie ne sont pas liées à la durée du séjour en maternité : 21% des femmes la

trouve même trop longue alors que seulement 7 % estiment leur sortie prématurée.

La HAS (21) confirmait que la sécurité de la mère et de l'enfant, dans les situations à bas risque, serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur.

d. Du recensement des besoins des patientes aux pistes d'amélioration de la coordination des soins

L'étude n'avait pas pour objectif de recenser les besoins des patientes. Cependant ils sont spontanément ressortis des entretiens. Il semble nécessaire pour améliorer les soins post natal de redéfinir au préalable ces besoins, notamment le besoin de communication et d'information.

Ces diverses expériences personnelles permettent d'extrapoler des pistes d'amélioration de la coordination des soins et du suivi en postpartum:

- Améliorer la communication entre les professionnels hospitaliers et libéraux ;
- Développer les outils de coordination des soins (courriers de sortie, carnet de maternité...);
- Améliorer la communication avec les patientes (information orale et écrite, sites internet sûrs)
- Proposer dès la sortie de la maternité une liste d'associations fiables œuvrant autour de la périnatalité.
- Informer sur les rôles des SFL en post-partum et communiquer les coordonnées des SFL proches du domicile de la patiente ;
- Organiser un suivi clair en post-partum par la création d'un plan personnel de soins en proposant par exemple un calendrier de consultations précisant les consultations obligatoires et les différents intervenants disponibles dans le suivi en postpartum.
- Proposer une consultation ou une réunion en postpartum au sein de la

maternité JDF afin d'apaiser les angoisses et la sensation de rejet des patientes.

2. Renforcer la coopération et la communication entre professionnels de santé : le travail en réseau

Les patientes méconnaissent la coordination des soins entre la ville et l'hôpital car, de leur point de vue, aucun lien concret n'existe entre eux (courriers en retard ou manquant, absence de contact direct entre professionnels...). Même entre professionnels libéraux, la communication reste problématique.

a. Coopération Maternité/Médecin généraliste à perfectionner

Les patientes remarquent également des problèmes de réception du courrier de sortie par leur médecin traitant.

Du point de vue des MG, le Dr Daussy confirmait (17) des problèmes de réception et de manque d'informativité des courriers de sortie. Elle proposait des rencontres entre les professionnels libéraux et les praticiens hospitaliers pour permettre de personnaliser la prise de contact. L'utilisation de boîtes mail sécurisées et de la Hop'Line (ligne téléphonique direct avec la maternité JDF à destination des professionnels de santé) pourraient permettre de fluidifier les échanges.

Les patientes demandaient parfois un suivi plus spécialisé au postpartum, le médecin traitant n'était pas toujours l'interlocuteur de choix.

Dans la thèse du Dr Gonce (18), les gynécologues et les pédiatres de la maternité JDF plaçaient le médecin généraliste au centre de la coordination des soins mais admettaient que la communication restait problématique. Par crainte de le déranger en consultation ou à cause de la surcharge de travail, ils ne le contactaient par téléphone que dans des situations particulièrement complexes.

b. Absence de communication entre Médecin généraliste et Sage femme libérale

Certaines patientes préfèrent un suivi quasi exclusif par leurs SFL or elles ne communiquent pas avec le MG.

La coordination des soins entre SFL et MG n'est pas encore aisée. Dans le bras sage femme du projet VilHop&Co, le Dr Fidry confirmait (19) un manque de communication entraînant parfois un problème de redondance des consultations lors d'un suivi à domicile conjoint entre médecin traitant, sage-femme libérale et PMI. Les SFL considéraient le MG comme le pivot de la continuité et de l'organisation des soins. Elles décrivaient une certaine concurrence, le MG ayant peur de perdre ses patientes. La coopération lorsqu'elle était présente, était néanmoins appréciée des SFL. Elles adressaient les patientes aux MG mais ne recevaient pas de réponse à leurs courriers.

Dans son mémoire de fin d'études de sage femme (22), Bertrand L. concluait qu'il y avait peu de collaboration entre médecins généralistes et SFL. Les médecins généralistes méconnaissaient parfois les compétences des sages femmes qui étaient encore rares en libéral. Du côté des SFL, elles adressaient de préférence les patientes aux gynécologues qu'elles jugeaient plus compétents.

c. Promouvoir les réseaux de santé

Les patientes ne connaissent pas les réseaux de périnatalité.

Les gynécologues-obstétriciens de JDF ne parlaient pas (18) de réseaux en consultation. Ils regrettaient un manque de prise en charge coordonnée des patientes. Encore peu développé, OMBREL était surtout utilisé comme carnet d'adresse ou pour participer à des réunions.

La coordination des soins est au centre des missions des réseaux de périnatalité (23) qui ont pour objectifs de:

- permettre une prise en charge globale et continue (pas de rupture hôpital/domicile) ;
- favoriser les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers ;
- assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués ;
- organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) ;

d. Orienter les patientes vers les associations

Les patientes recherchent un partage d'expérience et de conseils. Elles sont encore assez peu à se tourner vers les associations. L'allaitement reste un grand inconnu surtout pour les primipares. La survenue d'un problème décourage parfois les jeunes mamans qui se tournent alors vers le lait artificiel, moins adapté aux bébés.

Cependant, les sages femmes restent assez rares en ville dans certains territoires et les MG reconnaissent parfois un manque de formation en matière d'allaitement.

Des associations comme Solidarilait ou la Leche League, impliquées dans la promotion de l'allaitement, pourraient participer à la prise en charge globales des patientes. Elles proposent des réunions d'information et un soutien par des animatrices, par téléphone ou par mail, qui peuvent être utiles aux patientes.

Les sages-femmes (19) hésitent à parler de ces associations de soutien à l'allaitement aux patientes car elles leur trouvaient parfois un côté « extrémiste ». Elles pensaient qu'assez peu de patientes les contactaient.

3. Développer les outils de coordination des soins

Les outils de coordination des soins existants, peu personnalisés ou sous-utilisés, nécessitent des perfectionnements pour améliorer le suivi en postpartum des patientes.

a. Le courrier de sortie : la clé de voute de la coordination des soins

Le courrier type, peu personnalisé, n'apporte que des données biomédicales, parfois incomplètes, selon les patientes. Il n'arrive dans certains cas que tardivement au MG. Or, comme le rappelait le Dr Daussy (17), l'échange d'information devait être réciproque, car si la maternité détenait les informations biomédicales, les données psycho-sociales étaient en possession du médecin généraliste.

Dans une étude australienne (25), les principaux problèmes identifiés dans les résumés de sorties étaient les délais de communication, les informations imprécises, et l'omission d'informations importantes. Ils pouvaient être source de survenue d'événements indésirables pour les patients. Les caractéristiques de grande qualité d'un courrier de sortie étaient la pertinence des informations, la diffusion rapide et la brièveté (moins de 2 pages).

Selon Kripalani (26), pour permettre un suivi adapté en sortie d'hospitalisation, les informations les plus importantes pour les médecins de soins primaires étaient:

- les diagnostics principaux
- les signes cliniques pertinents
- les résultats des interventions et examens de laboratoire
- les médicaments de sortie avec les raisons de tout changement par rapport aux médicaments antérieurs

-
- le détail des arrangements faits pour le suivi
 - les informations données au patient et à la famille
 - les résultats des examens en attente à la sortie
 - les besoins spécifiques de suivi.

b. Le carnet de maternité

Véritable mine d'informations pendant la grossesse, il est cependant assez peu utilisé par les patientes en anténatal et il ne l'est plus du tout en postpartum.

Les patientes ne le récupèrent parfois pas à la sortie de la maternité.

Dans la thèse du Dr Fidry (19), les SFL affirmaient qu'il était systématiquement gardé en maternité. C'était pour elles un outil important pour le suivi de la grossesse et celui des grossesses futures. Elles aimeraient y avoir accès, notamment pour connaître le déroulement précis de l'accouchement.

Dans son travail sur la place du carnet de maternité, le Dr Casals (27) en faisait un outil indispensable mais il n'était pas toujours présenté aux professionnels ambulatoires par les patientes.

c. Le carnet de santé

Les patientes plébiscitent l'utilisation du carnet de santé pour le suivi des nourrissons. C'est un outil de coordination essentiel pour l'enfant car il collecte toutes les informations médicales nécessaires au suivi, de la naissance à 18 ans, et permet d'établir un lien entre les différents professionnels de santé impliqués.

Pour les SFL (19), il permettait de palier l'absence de courrier de sortie.

Les MG (17) y accordaient un grand intérêt comme outil de suivi et étaient attentifs aux informations mises par le pédiatre.

Dans une étude sur l'informativité du carnet de santé, Vincelet C. (28) remarquait

que les items du carnet de santé concernant la période périnatale étaient globalement bien renseignés en maternité mais il existait par la suite de nombreuses lacunes dans l'enregistrement des informations importantes pour le suivi des enfants notamment chez les plus grands.

d. Ordonnances

Les patientes demandent plus d'informations sur leurs ordonnances de sortie. Leur bonne compréhension permet d'éviter les erreurs dans la prise médicamenteuse.

Les gynécologues-obstétriciens de JDF regrettaient (18) qu'elles soient préparées à l'avance et non personnalisées.

Les MG (17) déploraient que les ordonnances de contraception ne soient pas adaptées aux ressources financières des patientes.

Dans l'exemple de la prescription par le médecin généraliste, le Dr Franco montrait (29) que 38% des ordonnances n'étaient pas comprises correctement. Il existait des erreurs de relecture plus fréquentes avec les ordonnances manuscrites. Sur le plan de l'observance, 35% des patients interrogés n'avaient pas l'intention de prendre leur traitement tel qu'il était prescrit par le médecin généraliste. Il apparaissait indispensable de travailler en partenariat avec le patient pour limiter les risques d'erreurs et favoriser l'observance.

4. L'information des patientes

La Charte de la Personne Hospitalisée (30) rappelle que « *l'information donnée au patient doit être accessible et loyale* ».

a. Le manque d'information

Les patientes expriment un manque d'information sur divers sujets à la sortie de la maternité JDF. Dans notre société, les familles élargies ont disparues laissant place

à des familles conjugales voire monoparentales. Avant de devenir parents, peu de couples ont eu l'occasion de se confronter aux soins à apporter à un nourrisson. La transmission du savoir familial ne se fait plus.

Or, la parentalité n'est pas immédiate à l'annonce de la grossesse ou à la naissance, elle s'acquiert de façon très progressive. L'apprentissage se fait lors des séances de préparation à la naissance (s'intéressant plus à l'accouchement en lui-même) et pendant le séjour en maternité (qui se raccourcit). De retour au domicile, les parents se sentent souvent désarmés face aux besoins du bébé.

Selon la DRESS (16), 15 à 35% des patientes ne sont pas satisfaites des informations et conseils médicaux concernant les soins en suite de couches.

Selon l'UNAF (31), 27% des femmes auraient aimé être mieux soutenues et informées sur les aides auprès des professionnels ou des structures. Plusieurs mères évoquaient leur désarroi face aux réactions de leurs nouveaux nés (qu'elles ne savaient pas interpréter) et leur sentiment d'isolement (baby blues parfois méconnu).

b. Privilégier l'information orale

Les patientes favorisent l'information orale à la maternité. Elle est cependant chronophage et nécessite la disponibilité de l'équipe soignante. De plus, le discours est parfois différent d'un intervenant à l'autre.

L'information la plus complète est nécessaire afin d'apaiser l'angoisse et les inquiétudes des parents. Des plaquettes informatives distribuées à la sortie viennent compléter l'information orale.

Pour les SFL (19), s'il était important que l'information orale soit accompagnée d'un support écrit, l'information théorique anticipée avait ses limites. Il apparaissait nécessaire de pouvoir répéter l'information lorsque le cas de figure se présentait.

Avec le raccourcissement de la durée d'hospitalisation, les jeunes mères doivent assimiler plus d'informations en un temps moindre. La façon dont sont transmises les informations apparaît alors essentielle.

Azria E. dans son étude sur les aspects éthiques de l'information en périnatalité (32) affirmait que, la priorité devait être donnée à l'information orale, dispensée dans un environnement aménagé de telle sorte que la dignité des parents soit respectée. La multiplicité du personnel soignant pouvait être responsable de contradictions et d'incohérences dans les discours et la prise en charge, source d'incompréhension et de perte de confiance dans le personnel soignant par les patientes. Quant à l'information écrite, elle ne devait être qu'un complément de l'entretien individuel. Les documents devaient être explicités aux parents au moment où ils leur étaient remis et ultérieurement, après qu'ils aient eu le temps de les consulter.

c. Guider les patientes sur le net

De retour à domicile, les patientes en quête de réponse consultent la source d'information la plus facile d'accès : internet. Elles reconnaissent qu'il faut faire preuve de discernement.

Toutes les réponses trouvées ne sont pas forcément pertinentes et peuvent parfois même être dangereuses. Afin de délivrer une information claire et médicalement validée en insistant sur les soins du bébé, les modes de contraception, le déroulement d'un allaitement, il semble nécessaire de proposer une liste de sites internet fiables autour de la périnatalité.

Créer une page internet dédiée au retour à domicile sur le site de la maternité JDF peut également permettre d'apporter des réponses fiables aux patientes.

Le site internet d'OMBREL propose des conseils pour la grossesse et les jeunes parents ainsi que des liens vers des associations et un carnet d'adresse de SFL...

5. Ressenti des patientes sur la planification des soins

En dehors des visites obligatoires (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois), aucune consigne de consultation claire n'est donnée aux patientes en postpartum. Par comparaison au suivi très organisé de la grossesse, le suivi médical en postpartum leur semble flou et désordonné ce qui accentue leur sentiment d'abandon.

L'UNAF, concernant la périnatalité, affirme (31) que les patientes trouvent insuffisant l'accompagnement au retour à domicile.

Pour préparer leur sortie de maternité(33), la HAS précise aux patientes qu'une première visite doit avoir lieu dans les 48h voire dans la semaine après la sortie.

Dans un encadré en toute fin du document, la HAS rappelle qu'un « entretien post-natal » par une sage femme libérale est possible à raison de 2 séances remboursées par l'Assurance Maladie entre J8 et J15. Les visites supplémentaires sont laissées à l'appréciation des professionnels de santé chargés de leurs suivis.

Sur le suivi post natal, l'Assurance Maladie(34) précise simplement aux médecins qu'un examen médical est obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement.

Le carnet de maternité (35) précise un peu plus aux patientes le but de cette consultation médicale obligatoire. Pour le suivi de l'enfant, il rappelle que 20 examens médicaux de prévention sont remboursés à 100% par la CPAM jusqu'à 6 ans, dont l'examen médical du 8^{ème} jour puis 1 fois par mois pendant 6 mois. Le suivi de l'enfant est ensuite consigné dans le carnet de santé.

Dans une méta-analyse internationale, Yonemoto (36) concluait que les visites post natales favorisaient la santé des enfants et la satisfaction maternelle mais la fréquence, la durée et le moment de ces visites devaient être basés sur les besoins locaux du couple mère-enfant. Aucun planning optimal de ces visites n'avait pu être mis en évidence.

6. Ressenti des patientes sur le suivi à domicile

a. Le suivi par le médecin généraliste

La plupart des patientes sont satisfaites du suivi en postpartum par leur MG mais certaines patientes émettent des réserves sur les compétences de leur MG dans le suivi post natal.

Le manque de gynécologues obstétricien comme de SFL, a redirigé les patientes pour le suivi en post-partum vers leur médecin traitant. Cette évolution est renforcée par la loi du 4 Mars 2002 qui confère aux médecins généralistes de premier recours un rôle central dans le suivi et la coordination du parcours de soins.

Cependant, dans la gestion des situations complexes sur différents plans (sanitaire, social et médico-sociale), le médecin généraliste a besoin d'un appui par des réseaux de soins périnataux souvent mal organisés et méconnus.

En interrogeant les MG, le Dr Daussy rapportait (17) leurs difficultés à concilier suivi de la mère et de l'enfant dans la même consultation. Ils ressentaient également un manque de formation pour répondre aux problèmes d'allaitement. Le suivi en postpartum serait plus facile pour une MG femme.

Grondin C. évaluait dans sa thèse (37) les besoins de formation pour prendre en charge les nouveau-nés en sortie précoce de maternité par les médecins généralistes. Ils s'estimaient insuffisamment formés et manquaient de temps pour mettre en place une formation sur le dépistage des pathologies graves du nouveau-né et sur les problèmes d'allaitement.

b. Le suivi par les SFL

À la sortie de la maternité peu de patientes connaissent le rôle des SFL. Celles qui y recourent, plébiscitent le suivi par une SFL en postpartum.

La sage-femme est la professionnelle dédiée à l'accompagnement des femmes

pendant la grossesse, l'accouchement mais aussi les suites de couche(38). Elle est autonome en ce qui concerne les grossesses et accouchements normaux. Sa formation lui permet de reconnaître les pathologies obstétricales nécessitant une prise en charge par l'obstétricien.

Les SFL(19) regrettaient que les consultations de suivi post natal soient méconnues des patientes. Elles évoquaient ce suivi à domicile lors des consultations de préparation à l'accouchement mais regrettaient que l'information ne soit pas relayée par la maternité.

Les sages femmes sont d'une aide précieuse mais elles doivent être suffisamment nombreuses pour suivre les grossesses, préparer les femmes, les accompagner pendant l'accouchement et surveiller mères et enfants dans le post-partum. En effet, au Royaume-Uni(39), aux Pays-Bas (40), les SFL assurent seules la prise en charge des grossesses normales car elles bénéficient de systèmes de soins périnataux mieux coordonnés et plus communicants. Cependant, le Royaume-Uni compte une sage femme pour 20 accouchements alors qu'en France il n'y a qu'une sage femme pour 50 accouchements.

c. Suivi par PMI

Le ressenti des patientes sur le suivi par la PMI est ambigu. Il venait souvent en complément des consultations de la SFL.

Pour les SFL (19), la PMI était un relais dans les situations précaires ou en cas de difficultés psychologiques chez la mère. La présence d'une consultante en lactation au sein de la structure était appréciée.

Si la PMI s'adresse à toute la population, la loi (41) insiste sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.

Un rapport de l'IGAS (42) montrait que les principaux bénéficiaires des services de la

PMI étaient surtout des familles en difficultés socioprofessionnelles ou en état de fragilité sociale. La PMI est implantée dans les quartiers sensibles (où parfois aucune autre présence médicale n'existe) et dans des territoires où la maternité de proximité a fermé et où les SFL ne sont guère présentes.

d. Suivi par un gynécologue libéral ou un pédiatre

Les patientes remarquaient une difficulté pour obtenir un suivi par un gynécologue libéral. Les consultations étaient souvent tardives et très rapides.

Selon B. Maria (43), le Gynécologue-Obstétricien doit se recentrer sur sa spécialité, l'obstétrique pathologique et la gynécologie, en laissant l'obstétrique physiologique aux SFL.

e. Absence de suivi par la maternité Jeanne de Flandre : les séances post natales ?

Les patientes sont très demandeuses d'une consultation systématique en post-partum au sein de la maternité avec la personne responsable de leur suivi anténatal (sage femme ou gynécologue obstétricien).

Pédiatres et gynécologues obstétriciens de JDF se disaient (18) entièrement disponibles pour les sorties précoces mais ils ne prévoyaient pas de suivi particulier pour les sorties normales en l'absence de problème.

La HAS soulignait dans ses recommandations pour la préparation à la naissance (44) que les séances post natales n'étaient pas réservées aux sorties précoces.

Afin de soutenir la parentalité et les liens mère-enfant, elles permettent :

- De compléter les connaissances des soins au nouveau-né,
- D'améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement,
- De s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant,
- De prévenir la dépression post natale et d'améliorer le bien être des femmes,

Si le soutien individuel est préférable, des séances thématiques collectives peuvent être organisées en fonction des besoins (par exemple selon les thématiques de l'allaitement maternel/artificiel, de l'hygiène de bébé...).

7. Impact économique

Le manque de communication entre professionnels de santé entraîne parfois une redondance des examens complémentaires demandés.

L'organisation floue des soins post-natals entraîne une mauvaise répartition des consultations.

Les SFL (19) critiquaient l'intérêt de la consultation du 8^{ème} jour par le médecin généraliste pour les patientes qu'elles suivaient. En effet, en l'espace d'une semaine, les patientes avaient 2 visites de SFL, 1 visite chez son MG et parfois aussi un passage de la PMI.

Les patientes ne sont pas défavorables aux sorties précoces si elles ne leur sont pas imposées. Elles saisissent les avantages en matière d'économie pour la Sécurité Sociale.

Une revue de la littérature internationale (45) démontrait que la tarification à l'activité incite les établissements de santé à réduire les durées de séjour au profit de l'accueil d'un plus grand nombre de patients. En effet, que le séjour dure 2 ou 12 jours, la rémunération reste la même.

Cependant, des études aux Etats-Unis (46) sur l'impact des séjours très courts ont montré une hausse de la morbidité maternelle et néonatale. De 1980 à 1990, sous la pression des compagnies d'assurances privées, les durées de séjour en maternité avaient fortement diminué. Sans programme de suivi médical en post natal, il s'en est suivi une augmentation importante du nombre de ré hospitalisation des nouveau-

nés surtout pour des ictères graves. Des mesures au niveau fédéral ont permis de garantir le remboursement d'au moins 2 jours d'hospitalisation en postpartum. Elles ont été suivies d'une réduction de la morbidité néonatale (47).

Les mêmes réserves ont été émises en France par Demontgolfier I. (48) :

« La concentration des soins sur un temps d'hospitalisation plus court et le surcoût de soins médicaux dispensés en ville à ces couples mère-enfant ne rend pas l'équation nécessairement en faveur de la sortie précoce. »

CONCLUSION

Les attentes des patientes en matière de coordination des soins sont multiples.

Le courrier de sortie reste la clé de voute de la coordination des soins entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Le courrier de sortie type entraîne une perte d'information parfois importante. Très chronophage, la personnalisation de ce courrier doit surtout intervenir dans les cas de grossesse ou d'accouchement pathologiques.

Une information orale sur le suivi en postpartum doit, aussi souvent que possible, compléter les plaquettes informatives, le carnet de maternité, et le carnet de santé. Des réunions à thème pourraient être organisées par JDF en post partum.

Les patientes se montraient en effet désireuses d'un retour au sein de leur maternité.

Le suivi en postpartum et la continuité des soins restent problématiques pour les patientes qui sont en demande constante d'information après le retour à domicile. Elles ont besoin d'un intervenant unique (SFL ou médecin généraliste) sachant les orienter en cas d'urgences.

Les coordonnées de sages femmes libérales exerçant dans leur secteur, et une liste de sites internet/associations fiables pourraient être remises aux patientes à la sortie de la maternité. Les réseaux de périnatalité type OMBREL restent à promouvoir pour accompagner les référents de suivi lorsque la problématique des patientes est multiple et complexe.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. Population. Bilan démographique 2014 – des décès moins nombreux [Internet]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1532#inter2
2. EUROSTAT. Total fertility rate – Number of children per woman 1960-2013 [Internet]. Disponible sur : <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde220>
3. ZEITLIN J. BLONDEL B. European perinatal health report 2010. EURO-PERISTAT [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>
4. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006 [Internet]. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire, janvier 2010, 99p. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de soins en périnatalité : pour une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant [Internet]. Lettre d'information HAS n° 40 de Juillet-septembre 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752054/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé [Internet]. Novembre 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_argu_transfert_en_urgence.pdf
7. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Les morts maternelles en France - Mieux comprendre pour mieux prévenir [Internet]. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles France, 2007-2009. Octobre 2013. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/documents/Les%20morts%20maternelles%20en%20France%202007-2009%20-%20Rapport%20du%20CNEMM.pdf>
8. Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Éditions OCDE. 2013. Disponible sur : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
9. VERT P. ARTHUIS M. La première semaine de vie Rapport 05-07. Académie Nationale de médecine. Mai 2005 mai p. 1031-1039. Report No.: 5.
10. National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU), REDSHAW M, HEIKKILA K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010 [Internet]. Oxford. 2012. Disponible sur : <https://www.npeu.ox.ac.uk/files/downloads/reports/Maternity-Survey-Report-2010.pdf>
11. ANTHONY S. AMELINK-VERBURG M. JACOBUSSE G. De thuisbevallig in Nederland 1995-2002. Rapportage over de jaren 2001-2002. [Internet]. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven. 2012. Disponible sur : http://www.perinatreg.nl/uploads/153/99/Rapportage_Thuisbevallig_2001-2002.pdf
12. Assurance Maladie. PRADO PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés- Le champ de la Maternité [Internet]. 2012. Disponible sur : http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf

13. 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]. 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2 clics_sortie_de_maternite-120314.pdf
14. GLASER B. STRAUSS A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago. 1967.
15. PIRES A.P. Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, Gaëtan Morin éditeur, pp. 113–169. 1997.
16. 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 Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Septembre 2008.
17. DAUSSY A-S. 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. 2014. Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2625>
18. 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. 2014. Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3145>
19. FIDRY J. Identifier chez les sages-femmes libérales les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité. Lille. 2015. Disponible sur : <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3633>
20. Collectif Inter Associatif autour de la NaissancE (CIANE). Sortie de maternité et bien-être des femmes. Enquête sur les accouchements. Croissy sur Seine. 2012
21. ROTH E. KNEZOVIC-DANIEL N. Accoucher dans une « usine à bébés » ? [Internet] Revue Spirale n°54. 2010. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-113.htm>
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Argumentaire scientifique - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Mars 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/argumentaire_scientifique_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
23. BERTRAND L. Collaboration entre les sages femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attente. 2008.
24. Bulletin Officiel. Santé, protection sociale, solidarités [Internet]. Bulletin officiel N°2006/4. Article 22. Mai 2006. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>
25. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). e-Discharge Literature Scan. Sydney. July 2010.
26. Kripalani S. LeFevre F. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007.
27. CASALS C. Le carnet de maternité: un outil indispensable pour le suivi des grossesses. 2006.
28. VINCELET C. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. 2004.
29. FRANCO C. Rapports entre compréhension de l'ordonnance, intention d'observance et relation médecin-patient. 2011.
30. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Charte de la Personne Hospitalisée [Internet]. Annexe de la circulaire no DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/ 2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des

- personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisé. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
31. Union nationale des associations familiales (UNAF). Enquête périnatalité - Regards de femmes sur leur maternité [Internet]. Paris. 2010. Disponible sur : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf
 32. Azria E. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques. 2008.
 33. Haute Autorité de Santé (HAS). Document d'information destiné aux femmes enceintes : Préparez votre retour à la maison [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1725498/fr/document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
 34. Assurance Maladie. La maternité, rappel des examens et actes pris en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. Octobre 2014. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite/les-modalites-de-prise-en-charge.php>
 35. Carnet de maternité, Ministère de la santé, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf
 36. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. Juillet 2013. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25404577>
 37. GRONDIN C. Evaluation des besoins de formation du médecin généraliste pour prendre en charge les nouveau-nés en sortie précoce de maternité, au sens de la HAS. Lille. 2013.
 38. Collectif des Associations et Syndicats de sages-femmes. Référentiel Métier et compétences des sages-femmes. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. 2010. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
 39. Royal College of Midwife (RCM), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), National Childbirth Trust (NCT). Modernising maternity care. A commissioning toolkit for primary care trusts in England. London. 2001.
 40. Jonkers H. L'obstétrique aux Pays-Bas : place de la sage-femme [Mémoire de fin d'étude]. École de sages-femmes, Clinique Baudelocque. Paris. 1995.
 41. Code de la Santé publique. lois du 18.12.1989 et du 12.07.1991.
 42. Jourdain-Menninger M. Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de Synthèse. Institut Général des affaires sociales (IGAS). Novembre 2006.
 43. B. Maria et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. Communication aux États Généraux de la Naissance. Paris. Juin 2003.
 44. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
 45. Bousquet F., Lombrail P., Guisset A. Les effets de la mise en œuvre de systèmes de paiements prospectifs de type T2A sur la qualité : une approche à partir de la littérature internationale. *Dossiers Solidarité Sante* 2006 ; 1 : 69-77
 46. Charles S., Prystowsky B. Early discharge, in the end: maternal abuse, child neglect, and physician harassment. *Pediatrics* 1995 ; 96 : 746-747
 47. Mosen D.M., Clark S.L., Mundorff M.B., Tracy D.M., McKnight E.C., Zollo M.B. The medical and economic impact of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act *Obstet Gynecol* 2002 ; 99 : 116-124 [\[cross-ref\]](#)
 48. I DEMONTGOLFIER. *Recommandations en pédiatrie : Bien gérer les sorties précoces de maternité.*

ANNEXES

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN PATIENTES

Présentation : prénom, âge, date d'accouchement, type d'accouchement, parité, type d'alimentation (artificielle, allaitement maternel), modalités de sortie

1- APPRECIATION GENERALE	
<i>Vous êtes sortie récemment de la maternité, pouvez-vous raconter comment ça s'est passé ? Quel était votre état d'esprit à la sortie ?</i>	
2- PLANNIFICATION DES SOINS (entre GO-PED/MG/SF et patientes)	
<ul style="list-style-type: none"> - Planification prénatale 	
<i>Comment s'est organisée votre prise en charge prénatale ?</i>	
<i>Pourquoi aviez-vous choisi JDF ? (Comparaison avec autres maternités)</i>	
<i>Quels problèmes avez-vous rencontrés ?</i>	
<i>Que pensez-vous de l'accouchement à domicile ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Planification de la sortie en anténatale 	
<i>Quels types de sortie vous a-t-on proposés ? (PRADO, RPDA, HAD, etc.)</i>	
<i>Quels ont été les avantages / inconvénients de ce type de sortie ?</i>	
<i>Que pensez-vous de la planification des soins à la sortie de la maternité ?</i>	
<i>Comment s'est-elle organisée dans votre cas ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Contact avec les professionnels de santé (GO- PED/MG/SF) 	
<i>Quels types de contact avez-vous eu avec les professionnels de santé ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - RDV avec GO-PED, MG, SF 	
<i>Quels problèmes avez-vous rencontrés ? (planification, prise de rendez vous...)</i>	
<i>Quand et comment se sont déroulés vos rendez vous ?</i>	
3- INFORMATION ET COMMUNICATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Contact maternité/professionnels de santé 	
<i>Que pensez-vous des contacts que la maternité entretient avec les professionnels de santé ?</i>	
<i>Que pensez-vous des informations sur le suivi de grossesse, la sortie ? Que connaissez-vous du courrier de sortie ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Contact maternité/patiente 	
<i>Que pensez-vous des contacts que la maternité entretient avec vous ?</i>	
<i>Que pensez-vous des informations orales données à la maternité ? (compréhension, suffisantes pour un retour à domicile en sécurité, surplus d'informations)</i>	
<i>Quels problèmes de communication avez-vous rencontrés avec la maternité ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Contact GO-PED-MT-SF/patiente 	
<i>Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec GO-PED/MT/SF ?</i>	
<i>Que pensez-vous de leur rôle dans votre sortie ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Ordonnances de sortie 	
<i>Quelles ordonnances avez-vous eu (type, durée) ?</i>	
<i>Que pensez-vous des ordonnances qui vous sont fournies à la sortie de la maternité ? (exhaustivité, informations manquantes...)</i>	
<i>Quels types de problèmes avez-vous rencontrés avec ces ordonnances ?</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Courriers de sortie 	
<i>Comment avez-vous eu votre courrier de sortie ?</i>	
<i>Que pensez-vous de ce courrier ? (Contenu suffisant ou non, mise en page,</i>	

<p><i>format, lisibilité, compréhensibilité, clarté)</i></p> <p><i>Quel a été son utilité pour vous ?</i></p> <p><i>Qui vous a demandé votre courrier de sortie ?</i></p> <p><i>Avez-vous eu des problèmes avec votre courrier de sortie ?</i></p>	
<p>- Carnet de santé de l'enfant</p> <p><i>Comment avez-vous eu le carnet de santé ?</i></p> <p><i>Que pensez-vous de son contenu ?</i></p> <p><i>Qui le remplit ?</i></p> <p><i>Quelle importance lui donnez-vous dans le suivi de l'enfant?</i></p>	
<p>- Carnet de maternité</p> <p><i>Que connaissez-vous du carnet de maternité ?</i></p> <p><i>Quand et comment vous en êtes vous servi ?</i></p> <p><i>Que pensez-vous de son utilité aux professionnels de santé en post partum en tant qu'outils de coordination ?</i></p>	
<p>- Documentation</p> <p><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, risque domestiques...) ?</i></p> <p><i>Sur quels sujets auriez-vous aimé plus d'information ? (allaitement, soins du cordon, etc.)</i></p>	

<p>4- CONTINUITÉ DES SOINS</p> <p><i>Comment percevez-vous la continuité des soins ?</i></p> <p><i>Quels problèmes avez-vous rencontrés dans la continuité des soins?</i></p>	
<p>- <u>Délivrée par les SF</u></p> <p><i>Selon vous, quelles est la place des SF en sortie de maternité ?</i></p> <p><i>Quels sont les avantages/inconvénients d'un suivi par les SF dans le post partum et le suivi du NN ?</i></p>	
<p>- <u>Délivrée par les gynéco-obstétriciens</u></p> <p><i>Selon vous quelle est la place des GO en sortie de maternité ?</i></p> <p><i>Quels avantages/inconvénients du suivi par les GO dans le post-partum?</i></p>	
<p>- <u>Place du médecin traitant</u></p> <p><i>Quand et pourquoi avez-vous consulté votre MT depuis la sortie ?</i></p> <p><i>Quel rôle attribuez-vous à votre médecin traitant en sortie de maternité ?</i></p> <p><i>Quels sont les avantages et inconvénients d'un suivi par votre MT dans le post partum ? (premier recours ? Existence d'une relation privilégiée avec GO-PED/SF ?)</i></p>	
<p>- <u>Place des réseaux de périnatalité, en particulier OMBREL</u></p> <p><i>Que connaissez-vous des réseaux de périnatalité ?</i></p> <p><i>Quelle utilité ont-ils eu pour vous ?</i></p>	
<p>- <u>Place des intervenants sociaux (assistante sociale, PASS)</u></p> <p><i>Quelle place ont eu les intervenants sociaux dans votre sortie ?</i></p>	
<p>- <u>Place de la PMI</u></p> <p><i>Quelle place a eu la PMI depuis votre sortie ?</i></p> <p><i>Pourquoi avez-vous eu recours à la PMI ?</i></p> <p><i>Comment cela s'est-il passé ?</i></p>	
<p>- <u>Autres recours</u></p> <p><i>En cas de problème, auprès de qui suscitez-vous de l'aide ? (parents, associations, groupes d'échange, autres professionnels de santé, etc.)</i></p>	

5- ASPECT ECONOMIQUE	
<i>Est- ce que le coût des soins intervient dans la décision de sortie ?</i>	
<i>Quel est selon vous le bénéfice d'une sortie précoce pour la société d'un point de vue économique ?</i>	

6- PERSPECTIVES	
<i>Quelles sont vos attentes, vos perspectives d'amélioration de la coordination des soins?</i>	
<i>Quelles améliorations souhaiteriez-vous ? (dans le suivi/ la coordination des soins en anténatal ou dans le post partum)</i>	

ANNEXE 2

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement pour participation à une thèse de médecine générale

Titre de la thèse : « Identifier chez les patientes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité. »

Entretien et propos recueillis par Aurore Flour, interne en médecine.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à être publié.

J'autorise Melle Aurore Flour à utiliser les données recueillies au cours de mon entretien, pour sa thèse de médecine générale, sous couvert d'anonymat.

Elle s'engage à ne pas divulguer ces informations en dehors du cadre restreint de sa thèse et à l'utiliser seulement dans un but de recherche médicale, de prévention et d'amélioration des pratiques médicales. En aucun cas, elle ne les utilisera à des fins commerciales et contre la volonté des personnes interrogées.

Je soussigné(e) avoir été informé(e) des conditions d'utilisation de mes propos, de certaines données de mon dossier médical, et accepte qu'ils soient utilisés sous couvert d'anonymat pour la thèse de Melle Aurore Flour.

Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. Pour exercer ce droit et obtenir communication des informations me concernant, je dois m'adresser à Melle Aurore Flour à l'adresse mail indiquée ci-dessous.

Date et signature

FLOUR Aurore, interne en médecine générale,
Adresse mail : aurore.flour@laposte.net

ANNEXE 3 : VERBATIM DES ENTRETIENS

Cf CD-ROM ci joint

FLOUR Aurore

Jeudi 14 avril 2016 à 18H00

Identifier chez les patientes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : médecine générale

DES de médecine générale

Mots-clés : coordination des soins, réseau de soins, patientes, sortie de maternité, représentations, perceptions, médecine générale, communication.

Contexte : La loi HPST entend améliorer le parcours de santé des patients en décloisonnant le système de santé. La coordination des soins entre la ville et l'hôpital est devenue un enjeu majeur de Santé Publique. La coopération entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux est vitale surtout lors des sorties précoces afin de sécuriser le retour à domicile des patientes et de leurs nouveau-nés. L'objectif principal de cette étude était d'identifier chez les patientes les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandre (JDF) de Lille.

Méthode : Dans cette étude qualitative par théorisation ancrée, dix patientes ont participé à des entretiens semi dirigés individuels dans les 6 à 8 semaines suivant leur sortie de la maternité JDF. Les verbatim ont été codés en double aveugle et triangulés à l'aide du logiciel Nvivo®. Le taux de concordance était de 95%.

Résultats : La coordination des soins est une notion vague pour les patientes. Elles remarquaient des problèmes de réception du courrier de sortie. Elles demandaient plus d'informations notamment sur les soins du bébé et les ordonnances de sortie. Les patientes étaient satisfaites de leur prise en charge en sortie précoce : la maternité organisait le passage d'une sage-femme libérale à domicile. Cependant leurs rôles en post-partum restaient méconnus des patientes sorties normalement. Le médecin généraliste était l'intervenant principal en postpartum mais certaines patientes préféraient être suivies par une sage-femme libérale ou la PMI. Elles regrettaient l'absence d'une consultation de contrôle au sein de la maternité JDF.

Conclusion : La coordination des soins reste à perfectionner selon les patientes. L'organisation de séances post-natales, le développement des réseaux de périnatalité, l'amélioration de la communication entre professionnels et de l'information des patientes sont des pistes d'amélioration à examiner.

Composition du Jury :

Président : Professeur SUBTIL Damien

Assesseurs : Professeur STORME, Professeur LEFEBVRE Jean-Marc

Directeur de thèse : Docteur DELEPLANQUE Denis